

BCHP REGISTRATION / BCHP REGISTRO

Date / Fecha: ____/____/____

MRN: _____

Patient's Name / Nombre del Paciente: _____

Sex / Sexo: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Age / Edad: _____

Patient's Address / Direccion: _____ City / Ciudad: _____

State / Estado: _____ Zip Code /Codigo Postal: _____

PARENT / GUARANTOR / PADRE O GARANTE

Mother's Name / Nombre de la Madre: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Employer / Empleador: _____ Address / Direccion: _____

Phone Numbers / Numeros telefonicos: (____) _____ - _____

Father's Name / Nombre del Padre: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Employer / Empleador: _____ Address / Direccion: _____

Phone Numbers / Numeros telefonicos: (____) _____ - _____

Guarantor's Name / Nombre del Garante: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Employer / Empleador: _____ Address / Direccion: _____

Phone Numbers / Numeros telefonicos: (____) _____ - _____

RESPONSIBLE PARTY / GUARDIAN / PARTE RESPONSIBLE O GUARDIAN

Name / Nombre: _____ Relationship / Relacion: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Phone Numbers / Numeros telefonicos: Home / Casa (____) _____ - _____ Cell / Celular (____) _____ - _____

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA

Name / Nombre: _____ Relationship / Relacion: _____ Phone Numbers / Numeros telefonicos: (____) _____ - _____

Name / Nombre: _____ Relationship / Relacion: _____ Phone Numbers / Numeros telefonicos: (____) _____ - _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO

Primary Insurance / Seguro Primario

Primary Insured / Asegurado Primario: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relationship / Relacion: _____

Name of Insurance / Nombre de Seguro: _____

Member ID# / Numero de Miembro: _____ Group # / Numero de Grupo: _____ Effective Date: ____/____/____

RELEASE OF INFORMATION AND ASSIGNMENT

I hereby authorize BCHP to release information concerning treatment or services rendered to Medicare / other insurance carriers responsible for my or my dependent's care. I request that payment of authorized Medicare / other insurance company benefits be made either to me or on my behalf to BCHP for any services rendered. I have been advised that if my insurance requires a co-pay, it is due at the time of the visit. Otherwise, a \$20 surcharge will be added to my bill.

Signature of Parent / Guardian / Firma del Padre / Guardian: _____

Date / Fecha: _____

X _____
