

Office Use Only/Usar De Oficina Solamente

Account Number / Numero De Cuenta

Proper I.D.
Signed C.A.F.

Office Use Only		
Pin Code	2. Name	Budget

Office Use Only / Form Given: WC LEGAL AUTO

**New England
Neurological
Associates, P.C.***

Date/Fecha

REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE REGISTRO

(Please Print / Favor De Llenar En Letra De Molden)

PATIENT NAME: (Nombre Del Paciente)		DATE OF BIRTH: (Fecha De Nacimiento)		AGE: (Edad)
SOCIAL SECURITY NUMBER: (Numero De Seguro Social)		SEX / M / F (Sexo / Hombre / Mujer)		HOME PHONE: (Numero Telefonico De Su Casa)
ADDRESS: (Direccion)	CITY: (Ciudad)	STATE: (Estado)	ZIP: (Codigo Postal)	
EMERGENCY CONTACT				
CELL PHONE: (Numero De Celular)	NAME: (**Contacto De Emergencia** Nombre)		TELEPHONE: (Telefono)	
RACE/ETHNICITY: (Raza/Etnicidad)	PREFERRED LANGUAGE: (Lenguaje Preferido)	E-MAIL ADDRESS: (Correo Electrónico)		
EMPLOYER: (Nombre De Su Empleo)	EMPLOYER PHONE: (Numero Telefonico De Su Trabajo)	EMPLOYER ADDRESS: (Direccion De Su Empleo)		
PRIMARY CARE PHYSICIAN: (Medico Primario)		PHONE: (Telefono De Su Medico)		
REFERRING PHYSICIAN: (Medico Que Lo/a Refiere)		PHONE: (Telefono Del Medico)		

HEALTH INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO

PRIMARY/ PRIMARIO:	Address / Direccion
Subscriber / Subscriptor:	Relationship To Patient / Relacion Con El Paciente
Group # / Numero De Grupo:	Policy # / Numero De Poliza:
SECONDARY / SECUNDARIO:	Address / Direccion
Subscriber / Subscriptor:	Relationship To Patient / Relacion Con El Paciente
Group # / Numero De Grupo:	Policy # / Numero De Poliza:

(If This Visit Is Related To An Accident, Please Continue / Si Esta Visita Es Relacionada A Un Accidente, Favor De Continuar)

DATE OF INJURY: (Fecha De Su Lesion)	HOW INJURED? (AUTO, AT WORK, OTHER) (Como Se Lesiono? Auto, En El Trabajo, U Otra Manera)
WORKER'S COMPENSATION CARRIER (EL SEGURO DE COMPENSACION DE TRABAJO)	AUTO INSURANCE CARRIER (SEGURO DE AUTOMOVIL)
NAME (Nombre)	NAME (Nombre)
ADDRESS (Direccion)	ADDRESS: (Direccion)
CLAIM # (Numero De Su Demanda)	CLAIM # (Numero De Su Demanda)
EMPLOYER: (Empleo)	INSURED: (Asegurado(a))
NAME OF ATTORNEY/ FIRM (Nombre De Su Abogado(a) / Firma)	
ADDRESS: (Direccion)	TELEPHONE # (Numero De Telefono)

GUARANTOR INFORMATION / INFORMACION DEL GARANTE

(Person responsible for charges if other than patient / Persona responsable por los cargos si es otro que no sea el paciente)

NAME / Nombre:	ADDRESS / Direccion:
CITY / Ciudad	STATE / Estado
ZIP / Codigo Postal	PHONE / Numero De Telefono
RELATIONSHIP TO PATIENT / Relacion Al Paciente	SOCIAL SECURITY # / Numero De Seguro Social:
EMPLOYMENT / Empleo	ADDRESS / Direccion
DATE OF BIRTH / Fecha De Nacimiento:	SEX / Sexo: MALE / FEMALE Hombre / Mujer

Is There Another Person To Whom We May Disclose Your Confidential Health Information/Si Usted Quiere Que Otra Persona Sea Conciente De Su Informacion De Salud, Llene Lo Siguiente?

NAME: (Nombre)	PHONE: (Numero De Telefono)
RELATIONSHIP: (Relacion Con El Paciente)	

SIGNATURE REQUIRED / FIRMA REQUERIDA:

(This Authorization Shall Remain In Effect Until Revoked In Writing. Please See Our HIPPA Policy / Notice Of Privacy Practices For Additional Information. / Esta Autorizacion Debe Permanecer En Efecto Hasta Que Sea Revocada En Escrito. Por Favor Vea Nuestra Poliza De HIPPA, Aviso De Privacidad De La Practica Para Informacion Adicional.)