



PATIENT REGISTRATION FORM • FORMA PARA REGISTRO DE PACIENTES

1.) _____
Last Name / Apellido

2.) _____
First Name / Primer Nombre

3.) _____
Middle Initial / Inicial de Segundo Nombre

4.) _____ / _____ / _____
Date of Birth / Fecha de Nacimiento

5.) _____ Under 2 years / Menor de 2 años Y N
Age / Edad Sex / Sexo M F

6.) _____ - _____ - _____
Social Security Number / Numero de Seguro Social

7.) _____
Home Address / Domicilio Street / Calle Apt #/# Apto.

City / Ciudad State/Estado Zip Code/C.P.

9.) (_____) _____ - _____
Phone Number / Numero de Telefono

10.) _____
Preferred Language / Idioma Preferido

11.) RACE / RAZA:
 American Indian Asian / Pacific Islander
 Native Alaskan Black / African American
 Caucasian / White Other

12.) ETHNICITY / GRUPO ETNICO:
 Hispanic Non-Hispanic Unkown

13.) _____
Mother's First Name / Primer Nombre de Madre

14.) _____
Mother's Maiden Name/ Apellido de Soltera de la Madre

15.) EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA

Name /Nombre Relationship / Relacion
(_____) _____ - _____
Phone Number / Numero de Telefono

Flu- 6 mo → 35 mo	Z23
Flu- 3 yrs → 18 yrs	Z23
Flu- 19 yrs → Adults	Z23
Flu Mist	Z23
PPV 23	Z23
PCV 13	Z23
DTAP / HEP B / IPV	Z23
DTAP / IPV	Z23
Dtap	Z23
Td	Z23
Tdap	Z23
MCV4	Z23
HPV9	Z23
IPV	Z23
MMR	Z23
MMRV	Z23
Varicella	Z23
Rotavirus	Z23
Hib	Z23
Hep A	Z23
Hep B	Z23
Mening B	Z23
Zoster	Z23

Nurses Notes:

Registered by: **PHIS #**

Ped Imm < 2 yrs Flu Adult Imm Immigration HD

Active Medi-Cal #: _____

Active Medicare #: _____

Date of Service:
Register Cash/Waiver Receipt: