



Registration Form

As a member of Tanner Medical Group, we are committed to providing the best and most comprehensive healthcare possible. We encourage you to ask questions.

Como miembro de TMG es nuestro compromiso dar el mejor cuidado en servicios médicos. Le aconsejamos que haga preguntas si las tiene.

PATIENT INFORMATION

Información del Paciente

Patient's Name: _____ Alias: _____
Nombre del Paciente

Date of Birth: _____ Social Security #: _____
Fecha de Nacimiento Seguro Social

Sex: Male Female Other Race: Caucasian Black Asian Hispanic Other
Varón Hembra otro Raza: Blanca Negro Asiática Hispana Otro

Patient's Address: _____
Domicilio

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad Estado Zona Postal

Primary Care Provider: _____ Preferred Pharmacy: _____
Doctor de cabecera Farmacia de Preferencia

Preferred Language: _____ Interpreter Needed? Yes No
Idioma de preferencia ¿Necesita interprete? Si No

Email: _____ Employer: _____
Correo Electrónico Trabajo:

Home: _____ Cell: _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Work : _____ Preferred Communications: Call Text Email
Tel. de trabajo Medio de comunicación preferido Llamada Texto Correo electrónico

Marital Status: Single Married Divorced Legally Separated Widowed Other
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Legalmente separado/a Viudo/a Otro

Special Needs: _____ Is this Visit Related to an Accident? Yes No
Necesidades especiales ¿Es esta visita relaciona con un accidente? SI No

GUARANTOR / RESPONSIBLE PARTY

Persona Responsable

Name: _____ DOB: _____ Phone: _____ Relationship _____
Nombre Fecha de Nacimiento Tel. Relación con el paciente

Social Security # (Seguro social): _____ Address (Domicilio) _____

OTHER / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

En caso de Emergencia

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Nombre Relación Teléfono

CHILD'S PRIMARY CAREGIVER _____ Phone/Teléfono _____
Responsable del niño/niña

Father/Name _____ Date of Birth: _____ SS#: _____
Nombre del padre Fecha de Nacimiento Phone/Teléfono. _____

Mother/Name _____ Maiden Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre de la madre Apellido de soltera Fecha de nacimiento

SS#: _____

The following individuals have my permission to bring this child to the office for routine medical care:

Los nombres aquí inscritos tienen permiso a traer a mi hijo/hija a esta oficina para cuidados médicos

Name: _____ Relationship to Patient _____
Nombre Relación al paciente

Name: _____ Relationship to Patient _____
Nombre Relación al paciente

Name: _____ Relationship to Patient _____
Nombre Relación al paciente