



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

## PATIENT REGISTRATION FORM

Please **PRINT CLEARLY** so we can read your information accurately. Thank you.

Name: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  Other

Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/St: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_ Work Phone #: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single  Married  Partnered  Widowed

Emergency Contact #1: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contact #2: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Primary Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Referring Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Pharmacy Address: \_\_\_\_\_ City/St: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Employer Phone #: \_\_\_\_\_

Employer Address: \_\_\_\_\_ City/St: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

### FOR GOVERNMENT HEALTHCARE ANALYSIS USE

#### Race (Only check one selection):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> More than one Race     | <input type="checkbox"/> White                  |
| <input type="checkbox"/> Asian                            | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian        | <input type="checkbox"/> Do not wish to provide |
| <input type="checkbox"/> Black or African-American        | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |   |

#### Ethnicity (Only check one selection):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Do not wish to provide |
|---|---|---|

#### Primary/ Referred Language (Only check/write one selection):

- |                                       |   |                                     |   |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Chinese      | <input type="checkbox"/> English                | <input type="checkbox"/> Hindi      | <input type="checkbox"/> Italian                |
| <input type="checkbox"/> Korean       | <input type="checkbox"/> Spanish                | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> American Sign Language |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Do not wish to provide |                                     |   |

30 W. Century Road,



Paramus NJ 07652

**PATIENT**

**PRIMARY**

**INFORMATION**

Insurance Co: \_\_\_\_\_

The insured policyholder is the patient

Insured's Name: \_\_\_\_\_

Insured DOB: \_\_\_\_\_

Insured SS#: \_\_\_\_\_

**REGISTRATION FORM (Cont.)**

**INSURANCE INFORMATION**

**SECONDARY INSURANCE**

Insurance Co: \_\_\_\_\_

The insured policyholder is the patient

Insured's Name: \_\_\_\_\_

Insured DOB: \_\_\_\_\_

Insured SS#: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS**

**Commercial Insurance Patients:** I AUTHORIZE the release of any medical information necessary to process my insurance claims. I AUTHORIZE and request payment of medical benefits directly to my physicians. I AGREE that authorization will cover all medical services rendered until such authorization is revoked by me. I AGREE that a photocopy of this form may be used in place of the original.

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Medicare Patients:** I AUTHORIZE any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) or its intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to myself or to the party who accepts assignment. I UNDERSTAND it is mandatory to notify the healthcare provider of any other party who may be responsible for payment for treatment. Regulations pertaining to Medicare assignment of benefits also apply.

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

30 W. Century Road,

**FORMULARIO**

**IMPRIMA**  
información con



Paramus NJ 07652

**DE REGISTRO DEL PACIENTE**

**CLARAMENTE** para que podamos leer su  
precisión. Gracias.

Nombre: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Hembra  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad / St: \_\_\_\_\_

Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Asociado  Viudo

Contacto de emergencia #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #2: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Doctor principal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección de farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad / St: \_\_\_\_\_

Cremallera: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador #: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Ciudad / St: \_\_\_\_\_

Cremallera: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL ANÁLISIS SANITARIO DEL GOBIERNO**

**Carrera (solo marque una selección):**

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano

- Más de una carrera
- Nativo de Hawai
- Otro isleño del Pacífico

- Blanco
- No deseo proporcionar

**Etnicidad (solo marque una selección):**

Hispano o latino

No Hispano o Latino

No deseo proporcionar

**Lenguaje primario / referido (solo marcar / escribir una selección):**

Chino

Inglés

Hindi

Italiano

Coreano

Español

Vietnamita

Lenguaje de signos americano

Otro: \_\_\_\_\_

No deseo proporcionar

**FORMULARIO  
(Cont.)**

**INFORMACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE**

Seguro Co: \_\_\_\_\_

Seguro Co: \_\_\_\_\_

El asegurado asegurado es el paciente

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento asegurada: \_\_\_\_\_

Asegurado SS #: \_\_\_\_\_



30 W. Century Road, Paramus NJ 07652

**DE REGISTRO DEL PACIENTE**

**SEGURO PRIMARIO  
SEGURO SECUNDARIO**

El asegurado asegurado es el paciente

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento asegurada: \_\_\_\_\_

Asegurado SS #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

**Pacientes de seguros comerciales:** YO AUTORIZO la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguro. YO AUTORIZO y solicito el pago de beneficios médicos directamente a mis médicos. ACEPTO que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que revoque dicha autorización. ACEPTO que se puede usar una fotocopia de este formulario en lugar del original.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Pacientes de Medicare:** YO AUTORIZO a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración del Seguro Social y al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicite el pago de los beneficios del seguro médico a mí mismo o a la parte que acepta la asignación. ENTIENDO que es obligatorio notificar al proveedor de servicios de salud de cualquier otra parte que pueda ser responsable del pago del tratamiento. Las regulaciones relacionadas con la asignación de beneficios de Medicare también se aplican.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_