



\*(also referred to as EIM)

## REGISTRATION FORM/FORMA DE REGISTRO

In the case that a question does not pertain to you, please answer with "Not Applicable" (N/A).

*Esta forma es utilizada en multiples oficinas. En caso de que una pregunta no aplique, por favor responda "No Aplica" (N/A).*

(Please Print/Por favor use letra de molde)

|   |                          |   |  |
|---|--------------------------|---|--|
| Today's Date/Fecha de Hoy:  |                          | Primary Care Physician/Medico Primero   |  |
| <b>PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE</b>   |                          |   |  |
| Patient last name/Apellido del Paciente:  |                          | First name/Nombre:  |  |
| Birth Date/Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY):  | Age/Edad:                | Social Security #/Num. de Seguro Social:  |  |
| Home ph/Tel. de Casa:   | Work ph/Tel. de trabajo: | Cell ph/Tel. Celular:   |  |
| Email/Correo Electronico:   |                          | <input type="checkbox"/> Male/Masculino   | <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Mailing Address/Direccion Postal:   |                          | Apartment/Apartamento:  |  |
| City/Ciudad:  | State/Estado:            | Zip Code/Codigo Postal:   |  |
| Occupation/Ocupacion:   |                          | Employer/Empleador:   |  |
| Marital Status/Estado Civil:  |                          | Primary Language/Idioma Principal:  |  |
| Race/Raza:  |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Black/African American (Norteamericano Africano)   |                          | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (Indio Americano/Nativo de Alaska)                     |  |
| <input type="checkbox"/> Asian (Asiatico)   |                          | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Nativo de Hawaii/Origen de las Islas del Pacifico) |  |
| <input type="checkbox"/> White (Caucasico)  |                          | <input type="checkbox"/> Decline to answer (Me niego a contestar)   |  |
| Ethnicity/Etnicidad:  |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin (Hispano, Latino, o de origen Espanol)   |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Non-Hispanic, Latino, or Spanish origin (Non-Hispano, Latino, o de origen Espanol)   |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar)   |                          |   |  |
| Parent/Guardian Name/<br>Nombre del Padre/Guardian:   |                          | Parent/Guardian Phone/<br>Tel. del Padre/Guardian:  |  |
| Parent/Guardian Name/<br>Nombre del Padre/Guardian:   |                          | Parent/Guardian Phone/<br>Tel. del Padre/Guardian:  |  |
| How did you hear about us? / Como fue informado acerca de nosotros?:  |                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Friend/Amigo (a) <input type="checkbox"/> Internet/Pagina Web <input type="checkbox"/> Phonebook/Directorio Telefonico <input type="checkbox"/> Other/Otro:  |                          |   |  |
| <b>INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY/INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE</b>   |                          |   |  |
| Person responsible for bill/<br>Persona responsable del pago de la cuenta   |                          | Last Name/Apellido  | First/Nombre:                            |
| Address/Direccion:  |                          | Phone/Tel:  |  |
| Birth date/Fecha de Nacimiento  |                          | Relationship to patient/Relacion al Paciente:   |  |
| Employer/Empleador:   |                          | Employer Phone no./Tel. Del Empleador:  |  |
| Employer Address/Direccion del Empleador:   |                          |   |  |
| <b>IN CASE OF EMERGENCY/EN CASO DE EMERGENCIA</b>   |                          |   |  |
| Name of local friend/relative/<br>Nombre de un amigo/familiar local:  |                          | Relationship to patient/<br>Relacion al Paciente:   |  |
| Home Phone No./Tel. de Casa:  |                          | Work Phone No./Tel de Trabajo:  |  |
| The above information is true to the best of my knowledge. I authorize Medicare or my insurance company to pay Eye Institute of Marin and my physician directly. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Eye Institute of Marin or insurance company to release any information required to process my claims.   |                          |   |  |
| <i>La informacion anterior es verdadera segun mi entender. Autoizo a Medicare o a mi compania de seguros a pagar a Eye Institute of Marin mi medico directamente. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier cuentas pendientes. Tambien autorizo a Eye Institute of Marin of Marin o a mi compania de seguros a proveer cualquier informacion que se requiera para procesar mis pagos.</i> |                          |   |  |
| Patient/Parent/Guardian Signature/Firma del Paciente/Guardian   |                          |   | Date/Fecha                               |