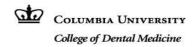


COLUMBIA UNIVERSITY HEALTH CARE, INC

630 West 168th Street New York, NY 10032



Patient Registration Form (Formulario de Registro del Paciente)

Patient Information (Información de	l Paciente)				
Last Name (Apellido):	First Name	e (Nombre):			
Street Address (Dirección):		Apt#	City (Ciuda	ad):	
State (Estado):	Zip Code (Código Postal):	Primary L	anguage (Primer Id	dioma):	
Date of Birth (Fecha de Nacimiento):		Sex (Sexo)):	□ F	
() -	() -		()	-	
Home Phone (Teléfono Residencial)	Work Phone (Teléfono del Traba	jo)	Cellular (Núm	ero de Teléfono Celular)	
Email Address (Dirección de Correo Electrónico):					
			Occupation (Ocupación)		
Name of Employer (Nombre del Empleador) Telephone (Número de Teléfono)					
Ethnicity (Raza):		ı <u>—</u>	t atus (Estado Marit	cal):	
Black/African American (Negro/Afroamericano)	American Indian or Alaskan Native (Indio Americano o Nativo de Aslaska)		ingle Soltero/a)	Separated (Separado/a)	
Hispanic/Latino (Hispano/Latino)	Native Hawaiian or other Pacific Islander (Hawaiano Nativo o de otras islas del		egally Married Casado/a)	□Widowed (Viudo/a)	
White/Caucasian (Blanco/Caucásico)	Pacífico)		ommon-Law Derecho Común)	Domestic Partner (Pareja Doméstica)	
Asian (Asiático)			vivorced (Divorciado	o/a)	
Emergency Contact (Persona en caso de Emergencia)					
Last Name (Apellido): First Name (Nombre):					
Street Address (Dirección):		Apt#	City (Ciuda	nd):	
State (Estado):	Zip Code (Código Postal):	Relations	hip (Relación):		
() - Taléfana Basidansial)	() -	· \	()	de Talffana Caladay)	
Home Phone (Teléfono Residencial) Work Phone (Teléfono del Trabajo) Cellular (Número de Teléfono Celular)					
Parent or Guardian (if patient is a minor) or Responsible Party / Padre o Guardián (si el paciente es menor de edad) o Parte Responsable Last Name (Apellido): First Name (Nombre):					
Street Address (Dirección):	11150 112011	Apt#	City (Ciuda	nd):	
State (Estado):	Zip Code (Código Postal):	· ·	hip (Relación):		
() -	() -	<u> </u>	()	-	
Home Phone (Teléfono Residencial)	Work Phone (Teléfono del Traba	jo)	Cellular (Núm	ero de Teléfono Celular)	
Insurance or other 3rd Party Information (Información del seguro o otra información de un tercero)					
Medicaid (Medicaid) #	·				
Medicaid/Managed Care Other (Otro) Specify (Especifique)					
Relationship to Subscriber (Relación con	el asegurado)				
Self (Yo mismo)	Spouse (Esposo/a) Child (H	lijo/a)	Other (Otr	o):	
Referring Provider Name (Nombre d	•				
Referring Provider Name (Nombre del Re	eferidor):				
Street Address (Dirección):			City (Ciuda		
State (Estado):	Zip Code (Código Postal): Telephone (Número de Teléfono)				
Please indicate how you heard about Columbia Dental (Por favor indique comó se enteró de Columbia Dental): Family and Friends (Amigos o familiares) Dental Student/ Faculty (Estudiante de odontología/Facultad) Hospital (Hospital) Insurance Plan/Medicaid (Seguro medico/Medicaid) Newspaper (Periódico) Radio (Radio) Private Dentist (Dentista privado) TV Commercial (Comerciales de televisión) Website (Sitio web) Other (Otro):				vado)	