



8552 Palm Parkway, Orlando FL
Phone: 407-730-9911

Date: _____

Registration Form/Forma de Registracion

| Patient Information/Informacion del Paciente | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|------------------|---|--|-----|
| Patient Name (Nombre del Paciente) | | | | Gender (Sexo) | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Date of Birth (Fecha de Nacimiento) | |
| Address (Direccion) | | | City (Ciudad) | | | State (Estado) | Zip |
| Home Phone (Numero de Casa) | | | Mobile Phone (Numero Mobil) | | | Work Phone (Numero de Trabajo) | |
| Preferred Language (Idioma Preferido) | | | Email | | | | |
| Race (Raza) | | | Ethnicity (Etnicidad) | | | Language (Lenguaje) | |

| Emergency Contact/Contacto de Emergencia | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------|--|--|------------------------|--|
| Name (Nombre) | | | Phone (Telefono) | | | Relation (Relacion) | |
| Preferred Pharmacy/Farmacia de Preferencia | | | | | | | |
| Name (Nombre) | | | Phone (Telefono) | | | City (Ciudad) | |

| Insurance Information/Informacion de Seguro | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Insurance Name (Nombre del Seguro) | | | Policy Number (Numero de Polica) | | |
| Primary Policy Holder Name (Nombre Primario Bajo la Polica) | | | Secondary Insurance (Seguro Secundario) | | |
| Primary Policy Holder SSN (Numero de Seguro Social) | | | Primary Policy Holder DOB (Fecha De Nacimiento) | | |
| Secondary Policy Number (Numero de Polica Secundaria) | | | | | |

Welcome to our office/ Bienvenidos a nuestra oficina

Thank you for choosing VIP Walk-in Clinic for your medical needs. With our patient's help, we hope to provide the best medical care and attention possible. Our mission is to provide efficient and quality care to all of our patients. We hope that you will be satisfied

with our service and want you to know that we are open to suggestions for improvement. If there is any aspect which you feel we can improve please let our front desk staff know and we will be glad to take into account your suggestions.

We hope you have a pleasant experience in our office and hope that we are able to help you with medical needs in the future.

Respectfully,

The VIP Walk-in Clinic Staff

Gracias por elegir a VIP Walk-in Clinic para sus necesidades médicas. Con la ayuda de nuestro paciente, esperamos poder ofrecer la mejor atención médica y atención posible. Nuestra misión es brindar una atención eficiente y de calidad a todos nuestros pacientes. Esperamos que usted esté satisfecho con nuestro servicio y queremos que sepa que estamos abiertos a cualquier sugerencia para mejora. Si hay algún aspecto que usted siente que puede mejorar por favor infórmele a nuestro personal de recepción y tendremos en cuenta sus sugerencias.

Esperamos que tenga una experiencia agradable en nuestra oficina y esperamos que seamos capaces de ayudarle con sus necesidades médicas en el futuro.

Respetuosamente,

El personal de VIP Walk-in Clinic