

# PATIENT REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION AND DEMOGRAPHICS/ INFORMACION PERSONAL Y DEMOGRAFICA DEL PACIENTE			
Last Name/APELLIDO(S)	First Name/Primer Nombre	Middle Name/(Segundo nombre)	Preferred Name/Nombre Preferido
Social Security Number/ Número de Seguro Social	Date of Birth/Fecha de Nacimiento ____/____/____	Legal Sex/Sexo Legal <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar	
Gender Identity/ Identidad de Género <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Transgender Female/Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Transgender Male/Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Non-binary/genderqueer neither M nor F/Queer de Género sin Exclusividad M u H <input type="checkbox"/> Other gender/Otro Género: _____ <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar <input type="checkbox"/> Questioning/Indefinido			
Sexual Orientation/ Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't Know/No lo se <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar <input type="checkbox"/> Gay /Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbian/Lesbiana <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer/Queer de Género sin Exclusividad M u H			
Pronouns/Pronombre Personal <input type="checkbox"/> She/her/hers-Ella <input type="checkbox"/> He/him/his-El <input type="checkbox"/> They/them/ their -Elle <input type="checkbox"/> Patient's name/Nombre del Paciente <input type="checkbox"/> Decline to Answer/Declino Contestar <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido			
Mailing Address/ Dirección			APT/Apartamento
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/ Código Postal	
Preferred Phone/ Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____-_____-_____-_____-_____-_____-		Secondary Phone/ Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____-_____-_____-_____-_____-_____-	
E-Mail Address/Correo Electrónico			
EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA			
If you are the patient, please list an Emergency contact. If the patient is a minor under 18 years old, please list the legal guardian. Si usted es el paciente, indique un contacto de emergencia. Si el paciente es menor de 18 años, indique el tutor legal.			
Last Name/APELLIDO(S)	First Name/Nombre	Relationship to Patient/ Relación con el paciente	Phone/Preferido <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____-_____-_____-_____-_____-_____-
Mailing Address/ Dirección:			APT
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/ Código Postal	
Is this person allowed to verbally communicate* with the health care team on your behalf (are they involved in your care, your health care proxy, or your legal guardian)? *Excludes confidential services ¿Da el consentimiento que esta persona se comuniquen* en su nombre con el equipo medico de la clinica (está involucrado en su cuidado, atención médica o es su tutor legal)? * Excluye servicios confidenciales			<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No

# PATIENT REGISTRATION FORM

## GENERAL INFORMATION/INFORMACION GENERAL

**Marital Status/Estado Civil**  
 **Divorced/Divorciado(a)**     **Domestic Partner/Unión Libre**     **Legally Separated/Legalmente Separado(a)**     **Married/Casado**  
 **Other/Otro**     **Significant Other/Pareja de Vida**     **Single/Soltero(a)**     **Unknown/Desconocido**     **Widowed/Viudo(a)**

**Ethnic Group/Grupo Étnico**  
 **Hispanic or Latino/Hispano o Latino**     **Non-Hispanic/No Hispano**     **Patient Refused/Declino Contestar**  
 **Unknown/Desconocido**

**Race/Raza**  
 **Alaskan Native/Nativo de Alaska**     **American Indian/Nativo Americano**     **Asian/ Asiático(a)**  
 **Black, African American/Afroamericano(a)**     **Native Hawaiian/Nativo Hawaiano**     **Pacific Islander/ Isleño del Pacífico**  
 **Patient Refused/Declino Contestar**     **Unknown/Desconocido**     **White/Blanco**

<b>Veteran Status/Estatus Militar</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b>	<b>Military Start Date/Fecha de inicio de Servicio</b>	<b>Military End Date/ Fecha de Termino de Servicio</b>
---	--	--

## EMPLOYMENT/EMPLEO

<b>Employer Name/Nombre Empleador</b>	<b>Employment Status/Empleo Actual</b> <input type="checkbox"/> <b>Full Time/Tiempo Completo</b> <input type="checkbox"/> <b>Part time/Medio Tiempo</b> <input type="checkbox"/> <b>Disable/Discapitado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Retired/Retirado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Self Employed/Trabajador Independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Student/Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Child/Menor de Edad</b>
---------------------------------------	---

## PATIENT ASSISTANCE

<b>Visually Impaired? Discapacidad Visual?</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b>	<b>Hearing Impaired? Discapacidad Auditiva?</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b>	<b>Special Needs/Necesidades Especiales</b> <input type="checkbox"/> <b>Glasses/Lentes</b> <input type="checkbox"/> <b>Glasses &amp; Hearing Aid/Lentes y Audifonos</b> <input type="checkbox"/> <b>None/Ninguno</b> <input type="checkbox"/> <b>Other/Otro</b> <input type="checkbox"/> <b>Service Animal/Animal de Servicio</b>
--	---	---

<b>Disability Status/Discapacido(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b>	<b>Accessibility Needs/Necesidades de accesibilidad</b> <input type="checkbox"/> <b>Accessible Exam Table/ Mesa de examen accesible</b> <input type="checkbox"/> <b>Elevator/Elevador</b> <input type="checkbox"/> <b>Patient Lift</b> <input type="checkbox"/> <b>Wheelchair/Silla de Ruedas</b>
---	---

## LANGUAGE/IDIOMA

<b>Need Interpreter Services? Necesita Interprete?</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b>	<b>Preferred Language Idioma Preferido</b>	<b>English Fluency/Fluidez en inglés</b> <input type="checkbox"/> <b>Excellent</b> <input type="checkbox"/> <b>Good</b> <input type="checkbox"/> <b>Not at all</b> <input type="checkbox"/> <b>Not Good</b> <input type="checkbox"/> <b>Very Good</b>	<b>Written Language/Idioma Escrito</b>
--	--	---	--

## GUARANTOR ACCOUNT/ CUENTA DEL RESPONSABLE

(Answer for patient or, if patient is a minor, please answer for legal guardian.)

Si usted es el paciente, proporcione su informacion. Si el paciente es un menor de edad, proporcione la informacion del padre o tutor .

**Who is responsible for this guarantor account? ¿Quién es responsable de esta cuenta?**  
 **Self/Mismo Paciente**     **Employer/Empleador**     **Spouse/Esposo(a)**     **Father/Padre**     **Mother/Madre**     **Other/Otro:**

<b>Last Name/APELLIDO(S)</b>	<b>First Name/Nombre</b>	<b>Social Security Number/ Número de Seguro Social</b>	<b>Legal Sex/Sexo Legal</b> <input type="checkbox"/> <b>Male/Hombre</b> <input type="checkbox"/> <b>Female/Mujer</b> <input type="checkbox"/> <b>Choose not to disclose/Declino contesar</b>
------------------------------	--------------------------	--	--

**Mailing Address/Dirección:** \_\_\_\_\_ APT \_\_\_\_\_

<b>City/Ciudad</b>	<b>State/Estado</b>	<b>Zip Code/ Código Postal</b>
--------------------	---------------------	--------------------------------

<b>Preferred Phone/ Teléfono Preferido</b> <input type="checkbox"/> <b>Home/Casa</b> <input type="checkbox"/> <b>Mobile/Celular</b> <input type="checkbox"/> <b>Work/Trabajo</b> _____ - _____ - _____	<b>Secondary Phone/ Teléfono Secundario</b> <input type="checkbox"/> <b>Home/Casa</b> <input type="checkbox"/> <b>Mobile/Celular</b> <input type="checkbox"/> <b>Work/Trabajo</b> _____ - _____ - _____
--	---

**E-Mail Address/Correo Electrónico**

# PATIENT REGISTRATION FORM

<b>Employer Name/Nombre</b> Empleador	<b>Employment Status/Empleo Actual</b> <input type="checkbox"/> <b>Full Time/Tiempo Completo</b> <input type="checkbox"/> <b>Part time/Medio Tiempo</b> <input type="checkbox"/> <b>Disable/Discapitado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Retired/Retirado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Self Employed/Trabajador Independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Student/Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Child/Menor de Edad</b>
--	---

**ADDITIONAL QUESTIONS/INFORMACION ADICIONAL**  
 (Answer for patient or, if patient is a minor, please answer for legal guardian.)  
 Si usted es el paciente, proporcione su informacion. Si el paciente es un menor de edad, proporcione la informacion del padre o tutor .

<b>What is your household's annual (yearly) gross income?</b> ¿Cuál es el ingreso bruto anual de su hogar?	\$	<b>If easier to calculate, what is your household's monthly income?</b> Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual de su hogar?	\$
<b>Number of family members reported on federal income tax return:</b> Número de miembros de la familia declarados en los impuestos federales y/o número de personas que dependen del mismo ingreso		<b>How many total minor (18 years or younger living in household?)</b> ¿Cuántos menores de edad (18 años o menos) que viven en el hogar?	

**Homeless Status/Situación de Vivienda Actual**

At risk for homeless/En riesgo perder hogar     Child at risk for homeless/Menor de edad en riesgo de perder vivienda  
 Currently not homeless, was in last 12month/Actualmente no sin hogar, estuvo en los ultimos 12 meses  
 Homeless unknown shelter/Sin hogar, refugio desconocido     Living in shelter/Refugio     Living with others/Viendo con otros  
 Not homeless/Con hogar     Permanent supportive housing/Vivienda de Apoyo Permante     Single occupancy hotel/Hotel  
 Transitional housing/Vivienda Transitoria     Veteran at risk for homeless/Veterano en riesgo de perder hogar

<b>Migrant/ Seasonal Work Status</b> Migrante/Campesino de temporada <input type="checkbox"/> Migrant/Campesino Migrante <input type="checkbox"/> Neither/Ninguno <input type="checkbox"/> Seasonal/Campesino de Temporada	<b>Are You Currently in Public Housing?</b> ¿Habita Actualmente en Vivienda Pública?  <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
--	---

**INSURANCE/SEGURO MEDICO**

<b>Do you have insurance?</b> ¿Tienes Seguro Medico?  <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	<b>Name of Insurance Plan</b> Nombre del Seguro Medico	<b>Effective Date/Fecha de Inicio</b>	
<b>Member ID #</b> Número de Miembro	<b>Group Plan Number</b> Número de grupo	<b>Subscriber/Policy Holder Name</b> Nombre del suscriptor / titular de la póliza	<b>Subscriber Date of Birth</b> Fecha de nacimiento del suscriptor ____/____/____

We offer a sliding fee discount if you do not have health insurance or need help paying for expenses that health insurance does not cover. Eligibility for the program and the minimum fee I based on your family size and income. For more information, and to apply, would you like to meet with one of our eligibility specialists?     Yes     No

Contamos con tarifa de descuento si no cuanta con seguro médico o si necesita ayuda para pagar los gastos que el seguro médico no cubre. La elegibilidad para el programa y la tarifa dependen del numero de personas en la familia y los ingresos familiares. Para obtener más información y presentar una solicitud, ¿Le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas en elegibilidad?  
 Si     No