



**PATIENT REGISTRATION FORM**

**PATIENT**

<b>LAST NAME</b>		<b>MAIDEN NAME</b>		<b>FIRST NAME</b>		<b>MIDDLE</b>	
I identify as: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Other				Preferred Language:			
SOCIAL SECURITY NO.			AGE		BIRTH DATE		
MAILING ADDRESS				APT NO.		CITY	
STATE		ZIP		COUNTY			
<input type="checkbox"/> HOME PHONE		<input type="checkbox"/> WORK PHONE		<input type="checkbox"/> CELL PHONE		<input type="checkbox"/> EMAIL	
RACE: <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unreported/Refused to Report <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> More than one Race				Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unreported/Refused to Report			
<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced/Separated <input type="checkbox"/> Widowed		Are you a veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Have you been homeless in the past 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Are you a migrant worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Lesbian <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Other: _____							
EMPLOYMENT <input type="checkbox"/> Not Employed <input type="checkbox"/> Retired			EMPLOYER			PHONE NUMBER	
<input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time							

**Have you ever been a patient here before?**  No  Yes **If yes, what year/last name** \_\_\_\_\_

**PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION**

<b>MOTHER (Guardian)</b>		<b>FATHER (Guardian)</b>	
Mailing Address <input type="checkbox"/> Check if same as above		Mailing Address <input type="checkbox"/> Check if same as above	
City/State/Zip		City/State/Zip	
Date of Birth	Home Phone	Date of Birth	Home Phone
Employer	Work Phone	Employer	Work Phone
Social Security No.	Cell Phone	Social Security No.	Cell Phone

**Who is legally able to consent for the patient/child's medical care:** \_\_\_\_\_

**Was legal documentation provided?**  Yes  No  N/A

**EMERGENCY CONTACT**

Last Name \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
 Phone: Home \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

**FAMILY SIZE AND INCOME**

**Income information is required to support clinic funding.**

Family Size #:	<b>Please enter yearly income in the next box or circle range below</b>				Yearly Income: \$	
\$0 - \$13,590	\$13,591 - \$18,310	\$18,311 - \$23,030	\$23,031 - \$27,750	\$27,751 - \$32,470	\$32,471 - \$37,190	
\$37,191 - \$41,910	\$41,911 - \$46,630	\$46,631 - \$51,350	\$51,351 - \$56,070	\$56,071 and higher		

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

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

Relationship to Child: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE REGISTRACION**

**PACIENTE**

<b>APELLIDO:</b>		<b>APELLIDO DE SOLTERO (a):</b>		<b>NOMBRE:</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE:</b>	
Me identifico como <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Otro _____						Idioma preferido: _____	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL				EDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN POSTAL:						NUMERO DE APARTAMENTO:	
CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CONDADO
<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE CASA		<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE TRABAJO		<input type="checkbox"/> CELULAR		<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO	
RAZA: <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano (a) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Natural de Alaska (a) <input type="checkbox"/> Blanco (a) <input type="checkbox"/> Asiático (a) <input type="checkbox"/> Sin reportar/rehúso <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico (a) <input type="checkbox"/> Mas de una Raza						Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino (a) <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino (a) <input type="checkbox"/> Rehusó a reportar	
<input type="checkbox"/> Casado (a)		¿Eres Un Soldado Veterano?		¿Eres Un Vagabundo (a) en los últimos 6 meses?		¿Eres Un Trabajador (a) Integrante?	
<input type="checkbox"/> Soltero (a)		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> Divorciado/separado (a)		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Viudo (a)							
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Otro: _____							
EMPLEO <input type="checkbox"/> No empleado (a) <input type="checkbox"/> Jubilado (a)				EMPLEADOR		TELÉFONO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo							
¿Ha sido paciente aquí antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿En qué año y que nombre uso? _____							

**PADRES/GUARDIAN LEGAL INFORMACION**

Madre (GUARDIAN)		Padre (GUARDIAN)	
Dirección <input type="checkbox"/> Igual Que arriba		Dirección <input type="checkbox"/> Igual Que arriba	
Ciudad/Estado/Código		Cuidad/Estado/Código	
Fecha de Nacimiento	Teléfono de Casa	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Casa
Empleador	Teléfono de Trabajo	Empleador	Teléfono de Trabajo
Número de seguro social	Celular	Numero de seguro social	Celular

Quien es legalmente capaz de consentir la atención medica del paciente/niño (a): \_\_\_\_\_

¿Se proporcionó documentación legal?  Si  No  N/A

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE FAMILIA E INGRESOS Se requiere información de ingresos para respaldar la financiación de la clínica.**

Tamaño de familia:	Ingrese el ingreso anual en el siguiente cuadro o encierre en un círculo a continuación				Ingreso Anual \$
\$0 - \$13,590	\$13,591 - \$18,310	\$18,311 - \$23,030	\$23,031 - \$27,750	\$27,751 - \$32,470	
\$37,191 - \$41,910	\$41,911 - \$46,630	\$46,631 - \$51,350	\$51,351 - \$56,070	\$56,071 and higher	

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al niño (a): \_\_\_\_\_