



Patient Registration Form

PLACE STICKER HERE

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____
 Other Name: _____ Preferred Name: _____ Date of Birth: m ___/d ___/y ___
 Home Address: _____ Apt. ___ City _____ State ___ Zip ___
 Mailing Address: _____ Apt. ___ City _____ State ___ Zip ___

COMMUNICATION

What is the best way to contact you? Home Cellular Work Email Text *Alternate Confidential (Do Not Call)
 MyChart Patient Portal (provide email)
 Home # (___) ___-____ Cell # (___) ___-____ Work # (___) ___-____ *Alternate # (___) ___-____
 Email: _____@_____ (email will add you to the patient portal)
 Can we text you? Yes No Can we leave a voice message? Yes No *Relationship to alternate: _____
 Communication Preference: Mail Phone Text Email MyChart (patient portal)

EMERGENCY CONTACT:

Name: _____ Relationship: _____ Phone # (___) ___-____

PATIENT INFORMATION

Sex at Birth: Female Male
 Gender Identity: Female Male Female to Male (Transgender Male) Male to Female (Transgender Female)
 Chose to not Disclose Unknown/Other
 Sexual Orientation: Straight/Heterosexual Bisexual Something Else Unknown/Other
 Gay Lesbian Chose to not Disclose
 Preferred Pronouns: He/Him/His She/Her/Hers They/Them/Theirs Ze/Hir/Hirs
 Ey/Em/Eirs Other: _____ Decline to State

FOR MINORS ONLY:

Parent/Legal Guardian of Minor: _____ Date of Birth: ___/___/___ Relationship to minor _____
 Parent/Legal Guardian of Minor: _____ Date of Birth: ___/___/___ Relationship to minor _____

Marital Status: Single Married Divorced Life Partner Widowed Legally Separated
 Language: English Spanish Vietnamese Sign Language Other _____
 Impairments and/or Disabilities: Visually Impaired Hearing Impaired
 Interpreter Needed: Yes No



PLACE STICKER HERE

Formulario del Registro de Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Otro Nombre: _____ Nombre de Preferencia: _____ Fecha de Nacimiento: m ___/d ___/a ___
Domicilio: _____ Apt. ___ Ciudad _____ Estado ___ Código _____
Dirección Postal: _____ Apt. ___ Ciudad _____ Estado ___ Código _____

COMUNICACIÓN

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo(a)? Casa Celular Trabajo Email Texto *Alternativo Confidencial (No llamar)
 Portal de Pacientes MyChart (proporcione email)

Casa # (____)____-____ Celular # (____)____-____ Trabajo # (____)____-____ *Alternativo # (____)____-____

Email: _____@_____ (email lo agregara al portal del paciente) *Relación con la persona del

¿Podemos enviarle texto? Sí No ¿Podemos dejar mensaje de voz? Sí No # alternativo: _____

Preferencia de Comunicación: Correo Teléfono Texto Email MyChart (portal del paciente)

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono # (____)____-____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino

Identidad de Género: Femenino Masculino Femenino a Masculino (Transgénero Masculino)
 Masculino a Femenino (Transgénero Femenino) Prefiero no Revelar Desconocido/Otro

Orientación Sexual: Straight/Heterosexual Bisexual Algo Más Desconocido/Otro
 Gay Lesbiana Prefiero no Revelar

Pronombres de preferencia: Él Ella Elle/Elles Ze/Hir
 Ey/Em/Eirs Otro: _____ Me Niego a Declarar

PARA MENORES DE EDAD SOLAMENTE:

Padre/Tutor Legal del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Relación a el menor _____

Padre/Tutor Legal del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Relación a el menor _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Pareja de Vida Viudo(a) Legalmente Separado(a)

Idioma: Inglés Español Vietnamita Lengua de Señas Otro _____

Impedimentos y/o Discapacidades: Discapacidad Visual Discapacidad Auditiva

Necesita Interprete: Sí No

Formulario de Registro del Paciente

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

* Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos requeridos de coleccionar esta información. Toda la información compartida será confidencial

¿Esta sin Hogar? No Vivienda Compartida Refugio Calle Instalación Correccional

¿Es veterano? Sí No

¿Es trabajador agrícola? No Trabajador Agrícola (dejo su comunidad para trabajar)
 Trabajador Estacional (trabaja por temporada dentro de su comunidad de origen)

Etnia: (Por favor marque SOLO uno)

Otro Origen Hispano/Latino/o de Origen Español No-Hispano/No-Latino Cubano Niego a Declarar
 Mexicano, Mexicoamericano o Chicano/a Puertorriqueño Desconocido

Raza: (marque todos los que correspondan)

Nativo de Alaska Indio-Americanon Indio-Asiático Negro/Afroamericano Chino
 Filipino Guameño/Chamorro Japonés Coreano Nativo Hawaiano
 Otro Asiático Otro Isleño del Pacifico Samoano Desconocido Vietnamita
 Blanco Multirracial Niego a Declarar

INFORMACION DEL SEGURO PRINCIPAL

Nombre de Seguro Médico: _____ # De Seguro: _____

Tamaño de Familia: _____ Ingreso Familiar: _____

PERSONA RESPONSABLE (Garante)

Los estados de cuenta/cobros se enviaron a la persona responsable.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: m____/d____/a____

Email: _____@_____

Dirección Postal _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa # (____)____-____ Celular # (____)____-____ Teléfono de Trabajo # (____)____-____