



PLACE STICKER HERE

# Patient Registration Form

**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

### FOR MINORS ONLY:

**Parent/Legal Guardian #1:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Relationship to minor:**  Mother  Father  Legal Guardian  Other: \_\_\_\_\_ **Phone #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Parent/Legal Guardian #2:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Relationship to minor:**  Mother  Father  Legal Guardian  Other: \_\_\_\_\_ **Phone #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Primary Contact for Child's Care:**  Parent/Legal Guardian #1  Parent/Legal Guardian #2

**Can we text this person?**  Yes  No

*Patients 12-17 years of age (Teen contact information helps our care team communicate directly with patients when appropriate. This supports timely care while following state and federal privacy laws.)*

**Does the patient (12-17 yo) have their own phone number:**  Yes  No **Teen Phone Number:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### FOR ADULT PATIENTS (18 yo AND OLDER):

**What is the best way to contact you?**  Home  Cellular  Work  Email  Confidential (Do Not Call)

Text (\*Select Yes on question below "Can we text you?")  \*Alternate  MyChart Patient Portal (provide email)

**Home #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Cell #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Work #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**\*Alternate #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*(e-mail will add you to the patient portal)*

**Can we text you?**  Yes  No **Can we leave a voice message?**  Yes  No **Relationship to alternate:** \_\_\_\_\_

### EMERGENCY CONTACT (Required for All Patients):

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### PATIENT INFORMATION (For All Patients)

**Sex at Birth:**  Female  Male

**Preferred Language:**  English  Spanish  Vietnamese  Sign Language  Other: \_\_\_\_\_

**Do you need an interpreter?**  Yes  No **Language:** \_\_\_\_\_

**Do you have any disabilities or impairments?**  Vision  Hearing  Other: \_\_\_\_\_

### For Patients 12 Years Old And Older (Only Fill This Section if The Patient Is 12 or Older)

**Sexual Orientation:**  Straight or Heterosexual  Bisexual  Gay  Lesbian  Pansexual  Queer  Asexual  Something else: \_\_\_\_\_  Choose not to disclose  Don't know / Not sure  Information not collected

**Gender Identity:**  Woman/Girl  Man/Boy  Transgender Woman/Girl  Transgender Man/Boy  Non-binary  Another identity: \_\_\_\_\_  Choose not to disclose  Unknown/Not sure

**Preferred Pronouns:**  She/Her  He/Him  They/Them  Other: \_\_\_\_\_  Prefer not to say

**Marital Status:**  Single  Married  Divorced  Partner  Widowed  Separated

# Formulario de Registro del Paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido :** \_\_\_\_\_

**Otro Nombre:** \_\_\_\_\_ **Nombre Preferido:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** m \_\_\_\_\_ /d \_\_\_\_\_ /a \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apto:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Apto:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

## COMUNICACIÓN

### SOLO PARA MENORES DE EDAD

**Padre/Madre o Tutor Legal #1:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Relación con el menor:**  Madre  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ **Teléfono #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Padre/Madre o Tutor Legal #1:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Relación con el menor:**  Madre  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ **Teléfono #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto principal para el cuidado del menor:**  Padre/Madre o Tutor Legal #1  Padre/Madre o Tutor Legal #2

**¿Podemos enviar mensajes de texto a esta persona?**  Sí  No

**Pacientes de 12 a 17 años** (La información de contacto del adolescente ayuda a nuestro equipo a comunicarse directamente cuando sea apropiado. Esto apoya una atención oportuna y cumple con las leyes estatales y federales de privacidad.)

**¿El paciente (12–17 años) tiene su propio número de teléfono?**  Sí  No

**Si respondió sí: Teléfono del adolescente #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### PARA PACIENTES ADULTOS (18 AÑOS O MÁS):

**¿Cuál es la mejor manera de contactarlo(a)?**  Casa  Celular  Trabajo  Correo electrónico  \*Alternativo

Texto (“**Seleccione Sí en la pregunta de abajo: “¿Podemos enviarle mensajes de texto?”**”)  Confidencial (No llamar)

Portal del Paciente MyChart (proporcione correo electrónico) **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Teléfono del trabajo #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **\*Teléfono alternativo #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ (El correo electrónico lo agregará al portal del paciente)

**¿Podemos enviarle mensajes de texto?**  Sí  No **¿Podemos dejarle un mensaje de voz?**  Sí  No

**Relación con el contacto alternativo:** \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA (Requerido Para Todos Los Pacientes):

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Para Todos Los Pacientes)

**Sexo al nacer:**  Femenino  Masculino

**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Vietnamita  Lengua de señas  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Necesita intérprete?**  Sí  No **Lenguaje:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna discapacidad o limitación?**  Visión  Audición  Otra: \_\_\_\_\_

### Para Pacientes De 12 Años o Más (Solo Llene Esta Sección Si El paciente Tiene 12 Años o Más)

**Orientación sexual::**  Heterosexual  Bisexual  Gay  Lesbiana  Pansexual  Queer  Asexual

Otra orientación: \_\_\_\_\_  Prefiere no divulgar  No sabe / No está seguro(a)  Información no recopilada

**Identidad de género:**  Mujer/Niña  Hombre/Niño  Mujer transgénero/Niña  Hombre transgénero/Niño

No binario  Otra identidad: \_\_\_\_\_  Prefiero no decir  Desconocido/No estoy seguro(a)

**Pronombres preferidos:**  Ella  Él  Elle  Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no decir

**Estado civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Pareja  Viudo(a)  Separado(a)



PLACE STICKER HERE

# Patient Registration Form

## ADDITIONAL REQUIRED INFORMATION

\* As a federally qualified health center we are required to collect this information. All information shared will remain confidential.

**Homeless Status:**  Not homeless (permanent housing)  Currently not homeless, was in the last 12 months  
 Doubling up (staying with friends or family) – Living Temporarily with others  
 Living in a Shelter  Street, camp, bridge  Correctional facility (not homeless)

**Are you a veteran?**  Yes  No

**Are you a farm worker?**  No  Migrant Worker (leave your community for work)  
 Seasonal Worker (work on a seasonal basis within your home community)

**Ethnicity (Please check one only)**  
 Hispanic/Latino/a or Spanish Origin  
 Mexican, Mexican American, or Chicano/a  
 Puerto Rican  
 Cuban  
 Another Hispanic/Latino/a or Spanish Origin  
 Non-Hispanic/Non-Latino  
 Unknown  
 Choose not to disclose

**Race (Check all that apply)**

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander
<input type="checkbox"/> American Indian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian
<input type="checkbox"/> Alaska Native	<input type="checkbox"/> Guamanian/Chamorro
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Samoan
<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Black or African American
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> White
<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Unknown
<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Choose not to disclose
<input type="checkbox"/> Vietnamese	
<input type="checkbox"/> Other Asian	

## PRIMARY INSURANCE INFORMATION

**Name of Insurance:** \_\_\_\_\_ **Insurance #:** \_\_\_\_\_  
**Family Size:** \_\_\_\_\_ **Family Income:** \_\_\_\_\_

### RESPONSIBLE PARTY (Guarantor)

Statements/bills will be addressed to responsible party.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** m \_\_\_ / d \_\_\_ / y \_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Apt.** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Home Phone #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Cell #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Work Phone #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

# Formulario de Registro del Paciente

## INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a recopilar esta información. Toda la información compartida se mantendrá confidencial.

- Situación de Vivienda (Homeless Status):**
- No está sin vivienda (vivienda permanente)
  - Actualmente sin vivienda, en los últimos 12 meses
  - Viviendo con otras personas temporalmente (quedándose con amigos o familia)
  - Viviendo en un albergue
  - Calle, campamento o debajo de un puente
  - Centro correccional (no se considera sin vivienda)

**¿Es veterano(a)?**  Sí  No

- ¿Es trabajador(a) agrícola?**
- No  Trabajador(a) migrante (sale de su comunidad para trabajar)
  - Trabajador(a) de temporada (trabaja por temporadas dentro de su comunidad)

- Etnicidad (Marque solo una opción)**
- Hispano/Latino/a o de origen español
    - Mexicano, mexicano-americano o chicano/a
    - Puertorriqueño/a
    - Cubano/a
    - Otro origen hispano/latino/a o español
  - No hispano/No latino
  - Desconocido
  - Prefiere no responder

- Raza (Marque todas las que correspondan)**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano                    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                          |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska                      | <input type="checkbox"/> Guameño/Chamorro                         |
| <input type="checkbox"/> Asiático                              | <input type="checkbox"/> Samoano                                  |
| <input type="checkbox"/> Asiático indio                        | <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico                   |
| <input type="checkbox"/> Chino                                 | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                    |
| <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Blanco                                   |
| <input type="checkbox"/> Japonés                               | <input type="checkbox"/> Desconocido                              |
| <input type="checkbox"/> Coreano                               | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder                    |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                            |   |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                         |   |

## PERSONA RESPONSABLE (Garante)

**Nombre del seguro:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro #:** \_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_ **Ingresos familiares:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** m \_\_\_ / d \_\_\_ / a \_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Apto.:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Teléfono del trabajo #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_