



Patient Registration Form

Patient Name _____ **Birth Date:** _____ **SS#** _____ - _____ - _____
Last First

Home address _____
Street Apt/Trl City State Zip Code

Telephone () _____ **Cell Phone** () _____

Email: _____
(For access to Patient Portal, user login provided at front desk)

Race: (check all that apply)

American Indian/ Alaskan Native Asian Hawaiian Native Black or African American White

Ethnicity: (check one) Hispanic Non-Hispanic

Sex: (check one) Male Female **Marital status:** (check one) Married Single Divorced Widowed

Sexual Orientation: (check one) Lesbian/Gay/Homosexual, Straight, Bisexual, Choose not to disclose, Other:

Gender Identity: (check one) Female-to-Male (Transgender), Male-to-Female (Transgender), Genderqueer (neither male nor female), choose not to disclose, other

What is your preferred language? English Spanish Other _____

Do you have Health Insurance? Yes: Name: _____ NO

If yes, please present your health insurance card at every appointment.

Emergency Contact: Name and telephone number of a person to contact in case of emergency.

Name _____ Relationship to Patient _____ Tel# _____

***If Patient is a minor please complete:** Name of Parent or Guardian _____ D.O.B _____

The following questions help us fulfill grant requirements. Please check all that apply

- Homeless
- Veteran
- Disability, if yes check all that apply
 - Ambulatory disability
 - Cognitive disability
 - Hearing difficulty
 - Independent living difficulty
 - Self-care difficult
 - Vision impaired

- Education level:**
- Has not completed high school
 - High school/GED
 - Bachelor degree or higher



Registración del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ SS# _____
Apellido Nombre

Domicilio _____
Calle Apt/Trl Ciudad Estado Código Postal

Número De Teléfono () _____ Celular () _____

Correo electrónico: _____

(Para el acceso al portal del paciente, la conexión del usuario será proporcionada en la recepción)

Raza: (Marque todo lo que corresponda)

Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático Hawaiano Nativo Negro o Afroamericano White

Etnicidad: (Marque uno) Hispano No soy Hispano

Sexo: (Marque uno) F M Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Orientacion Sexual: (Marque uno) Lesbiana/Gay/Homosexual, Heterosexual, Bisexual, Elijo no revelar, Otro:

Identidad de Género: (Marque uno) hombre transgénero (de mujer a hombre), mujer transgenero (de hombre a mujer),
 género queer (ni hombre ni mujer), Elijo no revelar, Otro:

¿Idioma de preferencia? Inglés Español Otro _____

¿Tiene usted seguro medico? SI: Compañía: _____ NO

Si tiene seguro médico, por favor presente su tarjeta de seguro médico en cada cita.

Contacto de Emergencia: Nombre y número telefónico de la persona que podamos contactar en caso de emergencia

Nombre _____ # Teléfono _____ Relación al Paciente _____

*Si el paciente es menor de edad Nombre de Padre o guardián _____ Fecha De Nacimiento _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a cumplir con los requisitos de nuestra concesión. Por favor, marque todas las que aplican a usted:

- Sin hogar
- Veterano Militar
- Alguna Discapacidad
 - Discapacidad ambulatoria
 - Discapacidad cognitiva
 - Discapacidad auditiva
 - Dificultad viviendo independientemente
 - Dificultad de cuidado personal
 - Impedimento visual

- Nivel de educación:
- No ha terminado la escuela Secundaria
 - Ha terminado escuela secundaria o GED
 - Licenciatura o Superior