



Clinicas de Salud del Pueblo

MR Number

Patient Registration - Intake Form / Registro del Paciente

PLEASE RESPOND TO EVERY ITEM / FAVOR DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS

PATIENT / PACIENTE			
Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre	Middle / Segundo Nombre
SSN / Numero de Seguro Social	Birth Date / Fecha de Nacimiento	Gender / Género <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino	
Street Address, Apt / Calle, Apto		P.O. Box	
City / Ciudad	Zip / Zona Postal	Phone / Teléfono	E-mail / Correo Electrónico
PATIENT DEMOGRAPHIC DATA / INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE			
Race / Raza <input type="checkbox"/> Black/Negro <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Pacific Islander/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hawaiian/Hawaiano <input type="checkbox"/> American Indian/Indio Americano <input type="checkbox"/> Alaska Native/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Decline to State/Se rehusa a contestar		Ethnicity / Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano(Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/No Hispano	
Marital Status / Estado Civil <input type="checkbox"/> Single/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Married/Casado(a) <input type="checkbox"/> Separated/Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo(a)		Primary Language / Primer Idioma <input type="checkbox"/> English/Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro _____	
Farmworker / Trabajador del Campo <input type="checkbox"/> Yes/Sí, Migrant/Migrante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí, Seasonal/de temporada(s)		Homeless Status / Personas Sin Hogar o Destituidos <input type="checkbox"/> Not Homeless/Tiene Hogar <input type="checkbox"/> Homeless Shelter/Albergue <input type="checkbox"/> Street/Vive en la calle <input type="checkbox"/> Transitional/En casa de transición <input type="checkbox"/> Doubling Up/Viviendo con otros temporalmente	
Public Housing / Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Drug User / Usa Drogas (use drugs in illicit manner/usa drogas de manera ilícita) <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
Student / Estudiante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time	Veteran / Veterano <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Disabled / Discapacitado <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Interpreter Required / Requiere Interprete <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
How did you hear about Clinicas?/Como escucho acerca de Clinicas: <input type="checkbox"/> Family or Friend/Familia o Amigo(a) <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Promotoras <input type="checkbox"/> Newspaper/Periodico <input type="checkbox"/> Telephone Book/Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Healthfair/Campaña de salud			
EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA			
Emergency Contact / Contacto de Emergencia		Patient Refused / Paciente Negó <input type="checkbox"/>	Relationship / Parentesco
Phone / Teléfono			
PRIMARY INSURANCE / SEGURO MEDICO PRINCIPAL			
Primary Insurance/ Seguro Primario <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private Insurance / Privado <input type="checkbox"/> No Insurance / Sin Seguro			
Insurance Carrier / Nombre de Seguro			
Policy ID/Numero de Póliza		Expiration Date/ Fecha de Vencimiento	Phone / Teléfono
Name of Person Insured / Nombre de la Persona Asegurada			Relationship/ Parentezco
HOUSEHOLD / HOGAR			
Number in Household / Número de personas en casa		GROSS Household Income: Month/Year (specify) Ingresos: Mensual/Anual (especifique)	
Guarantor Name / Nombre del Adulto Responsable		Relationship & Birthdate / Parentesco y Fecha de Nacimiento	
Address / Domicilio or/o <input type="checkbox"/> Same as patient/Igual al paciente		City / Ciudad	Zip Code/ Zona Postal
SIGNATURE / FIRMA			
Signature of Patient or Responsible Party / Firma del Paciente o Adulto Responsable			Date / Fecha