**Please show your services card and/or medical insurance card to the receptionist**

*Por favor, muestre su tarjeta de servicios y/o tarjeta de seguro médico a la recepcionista*

|  |
| --- |
| Patient Information*Información del Paciente* |
| **Name *(Last, First, MI)****Nombre (Apelido,Propio)* |       |
| **Other names you have been known by:** *Otros nombres por los que haya sido conocido(a):* |       |
| **Birthdate***Fecha de Nacimiento* |       | Social Security (optional)*Seguo Socia (opcional)*       |
| **Mailing Address (Street, Apartment, City, State, Zip Code)***Dirección* *Postal**(Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)* |       |
| **Phone** *Teléfono* |       | **Other Phone** *Otro Teléfono* |       |
| **Email Address***Dirección de correo electrónico* |       | **[ ]  Not Applicable** *No aplica* |
| How may we contact you?*¿Cómo podemos comunicarnos con Ud.?* | [ ]  Phone  *Teléfono*[ ]  Mail  *Correo*  | [ ]  Email *Correo Electrónico* [ ]  Do not contact *No contactarme* | [ ]  MyChart [ ]  Other:       *Otro:*  |
| **What is your household’s monthly gross income (income before taxes)?***¿Cuál es el ingreso bruto mensual de su hogar (ingreso antes de impuestos)?* | **$**       |
| **How many people are in your household (everyone in your tax household)?***¿Cuántas personas hay en su hogar (todos en su hogar fiscal)?* |       |
| Emergency Contact Information*Información en caso de emergencia* |
| **Name** *Nombre* |       | **Relationship to Patient** *Parentesco con el paciente* |       |
| **Phone** *Teléfono* |       | **Other Phone** *Otro Teléfono* |       |
| **IF PATIENT IS A MINOR***Si el paciente es menor de edad* |
| **Parent/Guardian’s Name** *Nombre del Padre o tutor* |       | **Birth Date**      *Fecha de nacimiento* |
| Employment*Empleo* |
|  Are you employed? *¿Tiene trabajo?*  | [ ]  **Yes**  [ ]  **No*****[ ]*  Full Time *[ ]* Part Time**  *Sí Tiempo completo**Tiempo parcial* |
| What is your occupation?*¿Cuál es su ocupación?* |       |
| Assistance*Asistencia* |
| Are you visually or hearing impaired? *¿Tiene alguna discapacidad visual o auditiva?* | *[ ]* Visually Impaired *[ ]*  Hearing Impaired *[ ]*  No *Discapacitados visuals Discapacidad auditiva* |
| **Do you need an interpreter?***¿Necesita un intérprete?* | [ ]  Yes [ ]  No *Sí* | **Are you fluent in English?***¿Tiene un buen dominio del idioma inglés?* | [ ]  Yes [ ]  No *Sí* |
| **What is your preferred language?***¿Cuál es su idioma preferido?* |       |

|  |
| --- |
| **Status***Estatus* |
| Are you a United States Veteran? *¿Es Ud. un veterano de los Estados Unidos?* | *[ ]* **Yes *[ ]*  No** Sí | **Are you a US Citizen?***¿Es Ud. un ciudadano de los Estados Unidos?* | ***[ ]* Yes *[ ]*  No**  Sí |
| **Housing Status***Estado de Vivienda* |
| **What is your current living situation? Please choose one answer.***¿Cuál es su situación de vivienda actual? Por favor escoja una respuesta.* |
| **[ ]  At risk for homelessness** *En riesgo de quedar sin hogar***[ ]  Currently not homeless, but was in the last 12 months** *Actualmente con hogar, pero estuve sin hogar en los últimos*  *12 meses***[ ]  Living in shelter** *Viviendo en un refugio* | **[ ]  Living with friends or family** *Viviendo con familiares o amigos* **[ ]  Not homeless** *Con hogar***[ ]  Street/camp/bridge** *Calle/Campamento/Puente***[ ]  Transitional housing** *Vivienda de transición* |
| How confident are you in filling out forms?*¿Cuánta seguridad siente al completar formularios?* | [ ]  Not at all *Ninguna*[ ]  Quite a bit *Bastante*  | [ ]  A little bit *Muy poca*[ ]  Extremely *Muchísima* | [ ]  Somewhat *Poca* |
| **Identity***Identidad* |
| **What is your current gender identity?** *¿Cuál es su identidad de género actual?* | [ ]  **Female** [ ]  **Male** *Mujer Hombre* [ ]  Trans-Female to Male  *Transexualidad: femenino a*  *masculino*  | **[ ]**  **Trans-Male to Female** *Transexualidad: masculino a*  *femenino*[ ]  **Other:**       *Otro* |
| **Do you think of yourself as:** *¿Cómo se reconoce a sí mismo(a)?*  | [ ]  **Lesbian or Gay**   *Lesbiana o gay* [ ]  **Straight (not lesbian or gay)** *Heterosexual (ni lesbiana ni gay)***[ ]  Bisexual** *Bisexual* | **[ ]**  **Something else**  *Otra***[ ]**  **Don’t know**  *No lo sé***[ ]**  **Other:**        *Otro* |
| **How would you like us to address you?***¿Cómo le gustaría que nos dirijamos a usted?* | **[ ]  She/Her/Hers**  *Ella/Ella/De ella***[ ]  He/Him/His** *Él/Él/De él* | **[ ]  They/Them/Theirs** *Ellos/Ellos/De ellos***[ ]  By Name** *Por mi nombre* | **[ ]**  **Don’t know**  *Otro***[ ]**  **Other:**        *Otro* |
| **Ethnic Group (choose one)***Grupo étnico (elija uno)* | **[ ]  Hispanic** *Hispano* | **[ ]  Non-Hispanic** *No Hispano* | **[ ]  Unknown***Indefinido o desconocido*  |
| **Race (choose one)***Raza (elija una)* | [ ]  **Alaskan Native** *Nativo de Alaska*[ ]  **Black**  *Negra* | **[ ]  American Indian** *Indio Americano*[ ]  **Native Hawaiian** *Nativo del Hawái* | [ ]  **Asian***Asiática*[ ]  **Pacific Islander** *Isleño del Pacífico*[ ]  **White** *Blanca* |
| [ ]  **Unknown** *Indefinido o desconocido* |

|  |
| --- |
| Migrant/Seasonal*Trabajo agrícola* |
| Has the principal source of income for you and your family ever been farm work? / *¿Ha sido la fuente principal de ingresos para Ud. y su familia el trabajo agrícola?* | [ ]  Yes [ ]  No *Sí* |
| In the past 2 years, did you or any member of your family move here to do farm work? / *¿En los últimos 2 años ¿Ud. o alguien de su familia se mudó aquí para trabajar en campos agrícolas?* | [ ]  Yes [ ]  No *Sí* |
| Do you or your family members do farm work on a seasonal basis? /*¿Trabaja Ud. o alguien de su familia en el campo agrícola por temporadas?* | [ ]  Yes [ ]  No *Sí* |

|  |
| --- |
| Identification Number*Número de identificación* |
| Medicare ID Number*Número de identificación de Medicare* |       | Medicaid ID Number*Número de identificación de Medicaid* |       |
| Guarantor Account (The person responsible for paying your bills)*Cuenta del asegurado (La persona responsable de pagar sus facturas)* |
| **Name** *Nombre* |       | **Relationship to Patient** *Parentesco con el paciente* |       |
| **Address** *(Street, Apartment, City, State, Zip Code)* ***Dirección*** *(Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)* |       |
| Social Security *Seguo Socia*  |       | **Birth Date** *Fecha de Nacimiento* |       |
| **Gender***Género*  | **[ ]  Female [ ]  Male** **[ ]  Other:**        Mujer Hombre Otro |
| **Phone** *Teléfono* |       | **Other Phone** *Otro Teléfono* |       |
| **Insurance Coverage***Cobertura de seguro* |
| **Subscriber Name***Nombre de suscriptor* |       | **Relationship to Patient** *Parentesco con el paciente* |       |
| **Group Number***Número de grupo* |       | **Suscriber ID***Número de id. de suscriptor* |       |