



PATIENT REGISTRATION FORM

<input type="checkbox"/> PATIENT INFORMATION		<input type="checkbox"/> LEGAL GUARDIAN INFORMATION	
LAST NAME		FIRST NAME	MIDDLE NAME
SOCIAL SECURITY NUMBER		BIRTHDATE	SEX AT BIRTH <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
SEXUAL ORIENTATION: <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIAN OR GAY <input type="checkbox"/> SOMETHING ELSE <input type="checkbox"/> STRAIGHT <input type="checkbox"/> DON'T KNOW <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		GENDER IDENTITY: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE/FEMALE TO MALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE/MALE TO FEMALE <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	
MAILING ADDRESS		APT NUMBER	COUNTY
CITY	STATE	ZIP CODE	LANGUAGE
FOR APPOINTMENT REMINDERS:			
CELL PHONE		HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ OCCUPATION _____	WOULD YOU LIKE TO REGISTER FOR OUR PATIENT PORTAL : <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO EMAIL ADDRESS _____
VETERAN: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACTIVE <input type="checkbox"/> RETIRED		DO YOU OWN YOUR HOME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DO YOU RENT? : <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DO YOU LIVE IN PUBLIC HOUSING? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO LIVE WITH ANOTHER FAMILY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO HOMELESS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MIGRANT WORKER: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO, STOP IF YES, HAVE YOU EVER MOVED TO FOLLOW FARM WORK <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO NO LONGER ABLE TO DO FARMWORK? ARE YOU DISABLED OR TOO OLD TO WORK <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> WIDOWED		EMPLOYED FULLTIME OR PART-TIME <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT STUDENT FULLTIME OR PART-TIME <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT RETIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SELF-EMPLOYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO OTHER _____ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT <input type="checkbox"/> WHITE			
HOW DID YOU HEAR ABOUT V.S.H.S.I.? <input type="checkbox"/> FRIEND <input type="checkbox"/> FAMILY MEMBER <input type="checkbox"/> INSURANCE <input type="checkbox"/> OTHER: _____ <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> PROVIDER <input type="checkbox"/> SCHOOL			
SPOUSE OR PARTNER			
LAST NAME		FIRST NAME	BIRTHDATE
FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S)			
FAMILY SIZE: _____ YEARLY INCOME: _____ FINANCIAL COUNSELOR SIGNATURE: _____		REFUSAL TO PROVIDE PROOF OF INCOME PATIENT INITIALS: _____ DATE: _____	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION			
EMERGENCY CONTACT NAME		RELATIONSHIP	
EMERGENCY CONTACT PHONE NUMBER			
INSURANCE INFORMATION			
PRIMARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME
SECONDARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME

PATIENT REGISTRATION FORM (continued)

INCLUDE ALL CHILDREN		
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDATE	SEX AT BIRTH <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDATE	SEX AT BIRTH <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDATE	SEX AT BIRTH <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDATE	SEX AT BIRTH <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED / REFUSED TO REPORT
PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE		DATE



INFORMACION DE REGISTRO

☐ INFORMACION DEL PACIENTE		☐ INFORMACION DEL TUTOR LEGAL	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SECURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO AL NACER ☐ HOMBRE ☐ MUJER
ORIENTACION SEXUAL: ☐ BISEXUAL ☐ LESBIANO O GAY ☐ OTRO ☐ HETEROSEXUAL ☐ NO SE ☐ ELIJO NO DIVULGARLO		IDENTIDAD DE GENERO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER ☐ OTRO ☐ TRANSGENERO HOMBRE/MUJER A HOMBRE ☐ TRANSGENERO MUJER/HOMBRE A MUJER ☐ ELIJO NO DIVULGARLO	
DIRECCION DE CORREO		NUMERO DE APARTAMENTO	CONDADO
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	LENGUAJE
PARA RECORDATORIOS DE CITAS:			
TELEFONO CELULAR	TELEFONO DE CASA _____ TELEFONO DE TRABAJO _____ OCUPACION _____	QUIERES REGISTRARTE PARA NUESTRO PORTAL DE PACIENTE: ☐ YES ☐ NO CORREO ELECTRONICO	
VETERANO: ☐ SI ☐ NO ☐ ACTIVO ☐ RETIRADO	USTED ES DUEÑO DE SU CASA? ☐ SI ☐ NO RENTA DONDE VIVE? ☐ SI ☐ NO VIVE CON OTRA FAMILIA? ☐ SI ☐ NO VIVE EN VIVIENDA PUBLICA (housing) ☐ SI ☐ NO INDIGENTE (homeless) : ☐ SI ☐ NO	TRABAJADOR MIGRANTE: ☐ SI ☐ NO SI? ALGUNA VEZ SE A MOVIDO PARA SEGUIR EL TRABAJO DE AGRICOLA ☐ SI ☐ NO SI YA NO TRABAJA EN AGRICOLA, ES POR ESTAR DISCAPACIDAD O DEMASIADO VIEJO ☐ SI ☐ NO	
ESTADO CIVIL: ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A)	EMPLEADO TIEMPO COMPLETO O PARTE ☐ FT ☐ PT STUDIANTE TIEMPO COMPLETO O PARTE ☐ FT ☐ PT RETIRADO? ☐ SI ☐ NO TRABAJA POR CUENTA PROPIA ☐ SI ☐ NO OTRO _____ ☐ SI ☐ NO	ETHNICITY: ☐ HISPANO OR LATINO ☐ NO HISPANO OR LATINO ☐ NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO	
RAZA: ☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ ASIATICO ☐ NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO ☐ NEGRO O AMERICANO AFRICANO ☐ MAS DE UNA RAZA ☐ NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO ☐ BLANCO			
¿COMO DE ENTERO DE NUESTRA CLINICA? ☐ AMIGO ☐ MIEMBRO DE LA FAMILIA ☐ ASEGURANZA ☐ OTRA MANERA _____ ☐ HOSPITAL ☐ PROVEEDOR DE SALUD MEDICA ☐ ESCUELA			
CONYUGE O PAREJA			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO EN LA FAMILIA Y COMPROBANTE DE INGRESOS			
NUMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA: _____ INGRESOS AL AÑO: _____ FIRMA DEL CONSEJERO FINANCIERO: _____		NEGARSE A DAR COMPROBANTE DE INGRESOS INICIALES: _____ FECHA: _____	
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA			
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA			PARENTEZCO
NUMERO DE TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			
SEGURO MEDICO	ID#	GRUPO #	POSEEDOR DE SEGURO
SEGURO MEDICO	ID#	GRUPO #	POSEEDOR DE SEGURO

INFORMACION DE REGISTRO (continuo)

INCLUYA A TODOS SUS HIJOS(AS)

INCLUYA A TODOS SUS HIJOS(AS)		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RACE: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
<input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> MAS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RACE: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
<input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> MAS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RACE: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
<input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> MAS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RACE: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
<input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> MAS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO		
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA		DATE