



PATIENT INFORMATION AND DEMOGRAPHICS / INFORMACION PERSONAL Y DEMOGRAFICA DEL PACIENTE			
Last Name/Apellido(s)	First Name/Primer Nombre	Middle Name/(Segundo nombre)	Preferred Name/Nombre Preferido
Social Security Number/ Número de Seguro Social	Date of Birth/Fecha de Nacimiento ____/____/____	Legal Sex/Sexo Legal <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar	
Gender Identity/ Identidad de Género <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Transgender Female/Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Transgender Male/Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Non-binary/genderqueer neither M nor F/Queer de Género sin Exclusividad M u H <input type="checkbox"/> Other gender/Otro Género: _____ <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar <input type="checkbox"/> Questioning/Indefinido			
Sexual Orientation/ Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't Know/No lo se <input type="checkbox"/> Choose not to disclose/Declino contestar <input type="checkbox"/> Gay /Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbian/Lesbiana <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer/Queer de Género sin Exclusividad M u H			
Pronouns/Pronombre Personal <input type="checkbox"/> She/her/hers-Ella <input type="checkbox"/> He/him/his-El <input type="checkbox"/> They/them/ their -Elle <input type="checkbox"/> Patient's name/Nombre del Paciente <input type="checkbox"/> Decline to Answer/Declino Contestar <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido			
Mailing Address/ Dirección			APT/Apartamento
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/ Código Postal	
Preferred Phone/ Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____ - _____ - _____		Secondary Phone/ Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____ - _____ - _____	
E-Mail Address/Correo Electrónico			
EMERGENCY CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA			
If you are the patient, please list an Emergency contact. If the patient is a minor under 18 years old, please list the legal guardian. <i>Si usted es el paciente, indique un contacto de emergencia. Si el paciente es menor de 18 años, indique el tutor legal.</i>			
Last Name/Apellido(s)	First Name/Nombre	Relationship to Patient/ Relación con el paciente	Phone/Preferido <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Mobile/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo _____ - _____ - _____
Mailing Address/ Dirección:			APT
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/ Código Postal	
Is this person allowed to verbally communicate* with the health care team on your behalf (are they involved in your care, your health care proxy, or your legal guardian)? *Excludes confidential services <i>¿Da el consentimiento que esta persona se comuniquen* en su nombre con el equipo medico de la clinica (está involucrado en su cuidado, atención médica o es su tutor legal)?</i> <i>* Excluye servicios confidenciales</i>			<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No



GENERAL INFORMATION / INFORMACION GENERAL

Marital Status/Estado Civil

- Divorced/Divorciado(a)** **Domestic Partner/Unión Libre** **Legally Separated/Legalmente Separado(a)**
 Married/Casado **Other/Otro** **Significant Other/Pareja de Vida** **Single/Soltero(a)** **Unknown/Desconocido**
 Widowed/Viudo(a)

Ethnic Group/Grupo Étnico

- Hispanic or Latino/Hispano o Latino** **Non-Hispanic/No Hispano** **Patient Refused/Declino Contestar**
 Unknown/Desconocido

Race/Raza

- Alaskan Native/Nativo de Alaska** **American Indian/Nativo Americano** **Asian/ Asiático(a)**
 Black, African American/Afroamericano(a) **Native Hawaiian/Nativo Hawaiano** **Pacific Islander/ Isleño del Pacífico**
 Patient Refused/Declino Contestar **Unknown/Desconocido** **White/Blanco**

Veteran Status/Estatus Militar

- Yes/Si** **No/No**

Military Start Date/Fecha de inicio de Servicio

Military End Date/ Fecha de Termino de Servicio

EMPLOYMENT / EMPLEO

Employer Name/Nombre Empleador

Employment Status/Empleo Actual

- Full Time/Tiempo Completo** **Part time/Medio Tiempo** **Disable/Discapitado(a)**
 Retired/Retirado(a) **Self Employed/Trabajador Independiente** **Student/Estudiante**
 Child/Menor de Edad

PATIENT ASSISTANCE

Visually Impaired? Discapacidad Visual?

- Yes/Si** **No/No**

Hearing Impaired? Discapacidad Auditiva?

- Yes/Si** **No/No**

Special Needs/Necesidades Especiales

- Glasses/Lentes** **Glasses & Hearing Aid/Lentes y Audífonos**
 None/Ninguno **Other/Otro** **Service Animal/Animal de Servicio**

Disability Status/Discapitado(a)

- Yes/Si** **No/No**

Accessibility Needs/Necesidades de accesibilidad

- Accessible Exam Table/ Mesa de examen accesible** **Elevator/Elevador** **Patient Lift**
 Wheelchair/Silla de Ruedas

LANGUAGE / IDIOMA

Need Interpreter Services? Necesita Interprete?

- Yes/Si** **No/No**

Preferred Language Idioma Preferido

English Fluency/Fluidez en inglés

- Excellent** **Good** **Not at all**
 Not Good **Very Good**

Written Language/Idioma Escrito

GUARANTOR ACCOUNT/ CUENTA DEL RESPONSABLE

(Answer for patient or, if patient is a minor, please answer for legal guardian.)

Si usted es el paciente, proporcione su infomración. Si el paciente es un menor de edad, proporcione la información del padre o tutor.

Who is responsible for this guarantor account? ¿Quién es responsable de esta cuenta?

- Self/Mismo Paciente** **Employer/Empleador** **Spouse/Esposo(a)** **Father/Padre** **Mother/Madre**
 Other/Otro:

Last Name/APELLIDO(S)

First Name/Nombre

Social Security Number/ Número de Seguro Social

Legal Sex/Sexo Legal

- Male/Hombre** **Female/Mujer**
 Choose not to disclose/Declino contesar

Mailing Address/Dirección:

APT

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/ Código Postal

Preferred Phone/ Teléfono Preferido

- Home/Casa** **Mobile/Celular** **Work/Trabajo**

Secondary Phone/ Teléfono Secundario

- Home/Casa** **Mobile/Celular** **Work/Trabajo**

E-Mail Address/Correo Electrónico

Employer Name/Nombre Empleador

Employment Status/Empleo Actual

- Full Time/Tiempo Completo** **Part time/Medio Tiempo** **Disable/Discapitado(a)**
 Retired/Retirado(a) **Self Employed/Trabajador Independiente** **Student/Estudiante**
 Child/Menor de Edad



ADDITIONAL QUESTIONS/INFORMACION ADICIONAL

(Answer for patient or, if patient is a minor, please answer for legal guardian.)

Si usted es el paciente, proporcione su informacion. Si el paciente es un menor de edad, proporcione la informacion del padre o tutor .

What is your household's annual (yearly) gross Income? <i>¿Cuál es el ingreso bruto anual de su hogar?</i>	\$	If easier to calculate, what is your household's monthly income? <i>Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual de su hogar?</i>	\$
Number of family members reported on federal income tax return: <i>Número de miembros de la familia declarados en los impuestos federales y/o número de personas que dependen del mismo ingreso</i>		How many total minor (18 years or younger living in household?) <i>¿Cuántos menores de edad (18 años o menos) que viven en el hogar?</i>	
Homeless Status/Situación de Vivienda Actual <input type="checkbox"/> At risk for homeless/En riesgo perder hogar <input type="checkbox"/> Child at risk for homeless/Menor de edad en riesgo de perder vivienda <input type="checkbox"/> Currently not homeless, was in last 12months/Actualmente no sin hogar, estuvo en los ultimos 12 meses <input type="checkbox"/> Homeless unknown shelter/Sin hogar, refugio desconocido <input type="checkbox"/> Living in shelter/Refugio <input type="checkbox"/> Living with others/Viendo con otros <input type="checkbox"/> Not homeless/Con hogar <input type="checkbox"/> Permanent supportive housing/Vivienda de Apoyo Permanente <input type="checkbox"/> Single occupancy hotel/Hotel <input type="checkbox"/> Transitional housing/Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Veteran at risk for homeless/Veterano en riesgo de perder hogar			
Migrant/ Seasonal Work Status <i>Migrante/Campesino de temporada</i> <input type="checkbox"/> Migrant/Campesino Migrante <input type="checkbox"/> Neither/Ninguno <input type="checkbox"/> Seasonal/Campesito de Temporada	Are You Currently in Public Housing? <i>¿Habita Actualmente en Vivienda Pública?</i> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No		
INSURANCE / SEGURO MEDICO			
Do you have insurance? <i>¿Tienes Seguro Medico?</i> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	Name of Insurance Plan <i>Nombre del Seguro Medico</i>		Effective Date/Fecha de Inicio
Member ID # <i>Número de Miembro</i>	Group Plan Number <i>Número de grupo</i>	Subscriber/Policy Holder Name <i>Nombre del suscriptor / titular de la póliza</i>	Subscriber Date of Birth <i>Fecha de nacimiento del suscriptor</i> ____/____/____
<p>We offer a sliding fee discount if you do not have health insurance or need help paying for expenses that health insurance does not cover. Eligibility for the program and the minimum fee I based on your family size and income. For more information, and to apply, would you like to meet with one of our eligibility specialists? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Contamos con tarifa de descuento si no cuanta con seguro médico o si necesita ayuda para pagar los gastos que el seguro médico no cubre. La elegibilidad para el programa y la tarifa dependen del numero de personas en la familia y los ingresos familiares. Para obtener más información y presentar una solicitud, ¿Le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas en elegibilidad?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			