

Community Health Centers
Registration Form / Hoja de Registración

1

Patient's Information / Información del Paciente

Last Name / Apellido **Suffix (Jr. II)** **First Name / Primer Nombre** **Middle Initial / Inicial del 2do Nombre**

Address / Dirección **Apt / Apto** **City / Ciudad** **State/Estado** **Zip Code / Código Postal**

PO Box **City / Ciudad** **State/Estado** **Zip Code / Código Postal**

Home Telephone / Teléfono Casa **Cell Phone / Número Celular** **Date of Birth / Fecha de Nacimiento** **Social Security / Seguro Social**

____ **Male / Varón** ____ **Female / Hembra**

Are you in School? / ¿Esta en la escuela? ____Yes / Si ____No **Name of School / Nombre de la Escuela** _____

Are you Employed? / ¿Esta Empleado? ____Yes / Si ____No ____ **Full Time / Tiempo Completo** ____ **Part Time / Tiempo Parcial**

Name of Company / Nombre de la Compañía _____

Do you have Health/Medical Insurance? / ¿Tiene seguro Salud/Médico? ____Yes / Si ____No

Name of Health/Medical Insurance / Nombre del Seguro de Salud/Médico _____

ID# / Numero de ID _____

Name of Pharmacy you use / Nombre de Farmacia que usa _____ **Location / Localización** _____

Is anyone in your household currently a patient on our Sliding Scale Program (Discount)? / ¿Hay un miembro de su familia como paciente actualmente en nuestro Programa de Escala (Descuento)? ____Yes / Si ____No

Do you live in Public Housing? / ¿Vive usted en una Vivienda Pública? ____Yes/Si ____No

Are you a Veteran? / ¿Es usted Veterano? ____Yes/Si ____No

Primary Language at home / Lenguaje Primario en el hogar _____

Responsible Party Information / Información de Persona Responsable

Last Name / Apellido **Suffix (Jr. II)** **First Name / Primer Nombre** **Middle Initial / Inicial del 2do Nombre**

Relationship to Patient / Relación al Paciente **Date of Birth / Fecha de Nacimiento** **Social Security / Seguro Social**

Address, If different from Patient / Dirección, Si es diferente a la del Paciente **Apt / Apto** **City / Ciudad** **State/Estado** **Zip Code / Código Postal**

Ext. _____

Work Telephone / Teléfono Trabajo **Employer Name and Address / Nombre del Empleador y Dirección**

Emergency Contact Information, other than responsible party / Información de Contacto de Emergencia, otra persona que no sea la persona responsable)

Last Name / Apellido **First Name / Primer Nombre**

Relationship to Patient / Relación al Paciente **Telephone Number / Número de Teléfono** **Work Number / Número del Trabajo**

Address, If different from Patient / Dirección, Si es diferente a la del Paciente **Apt / Apto** **City / Ciudad** **State/Estado** **Zip Code / Código Postal**

Ethnicity / Pertenencia Etnica

- Hispanic
 Non Hispanic
 Refuse to report / Me rehusó reportar

Race / Raza

- American Indian or Alaska Native / Indio Americano u Nativo de Alaska White / Blanco Black / Negro Asian / Asiático
 Native Hawaiian / Nativo de Hawaii Pacific Islander / Isleño Pacífico Multi Race / Más de una Raza
 Unreported or Refused to report / No Reportado o Me rehusó reportar

Please indicate how you heard or who referred you to our organization / Por favor indique como escucho o quien lo refirió a nuestra organización

- Friend/ Amigo Family/Familia School / Escuela Church/ Iglesia
 Newspaper/ Periódico Insurance Directory/Directorio de Seguro _____
 Information in the mail/ Información vía el correo Self Referral/Referencia Propia
 Telephone Directory/Directorio de Teléfono Hospital _____
 Community Event/Evento en la Comunidad CMS Children's Medical Services Shepherd's Hope
 Emergency Room/Sala de Emergencia _____ DCF Dept of Children and Family
 Other Clinic/Otra Clínica _____ Other / Otro _____

Please answer the following questions / Por favor conteste las siguientes preguntas

In the past 2 years / En los últimos 2 años

- 1) **Has someone in your household work in agriculture? / ¿Ha trabajado alguien en su hogar en agricultura?**
 Yes / Si (Go to question #2 / Valla la pregunta #2) No (Go to next category Living Arrangements/ Vaya la próxima categoría Estado de Vivienda)
- 2) **Has your family earned more than 50% of income working in agriculture? / Ha ganado su familia 50% de sus ingresos trabajando en agricultura?**
 Yes / Si (Go to question #3 / Valla la pregunta #3) No
- 3) **Has someone in your household moved from the residence or traveled to another country or state looking for work in agriculture? / ¿Se ha cambiado alguien en su familia de residencia o viajado a otro condado o estado buscando trabajo en agricultura?**
 Yes / Si -Migrant Worker / Trabajador Emigrante No (Go to question #4 / Valla la pregunta #4)
- 4) **Does your family live in this area and work in agriculture temporarily? / ¿Vive su familia en esta área y trabaja temporalmente en la agricultura?**
 Yes / Si -Temporary Worker / Trabajador Temporal No

Living Arrangements / Estado de Vivienda

Are you currently Homeless? / Esta usted actualmente Sin Hogar?

- Yes / Si No