



# PATIENT REGISTRATION

<b>Last Name/APELLIDO</b>		<b>First Name/PRIMER NOMBRE</b>		<b>Middle Name/SEGUNDO NOMBRE</b>	
<b>Social Security Number/Número del Seguro Social</b>		<b>Birth Date/Fecha de nacimiento</b>		<b>Birth Sex/Sexo natal</b> <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
				<b>Current Gender/Sexo actual</b> <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	

**Gender Identity/Identidad de género**

<input type="checkbox"/> <b>Additional Gender or Other/Género adicional u otro</b> Please specify/Especifique	<input type="checkbox"/> <b>Choose not to Disclose/Prefiere no decir</b> <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Female to Male/Femenino a masculino	<input type="checkbox"/> <b>Gender Queer/Género queer</b> <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Male to Female/Masculino a femenino
--	--	--

**Sexual Orientation/Orientación sexual**

<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> <b>Lesbian, Gay Or Homosexual/</b> Lesbiana, gay u homosexual	<input type="checkbox"/> <b>Something Else/Otra</b> Please specify/Especifica
<input type="checkbox"/> <b>Choose not to Disclose/Prefiere no decir</b>	<input type="checkbox"/> <b>Straight or Heterosexual</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Don't Know/No sabe</b>		

**Preferred Pronoun/Pronombre Preferido**

<input type="checkbox"/> <b>Declined to answer/Se abstiene de responder</b>	<input type="checkbox"/> <b>She, Her, Hers/Ella, su</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ze, Hir</b>
<input type="checkbox"/> <b>He, Him, His/Él, su</b>	<input type="checkbox"/> <b>They, Them, Theirs</b>	<input type="checkbox"/> <b>Other/Otro</b>

<b>Mailing Address/Dirección postal</b>			<b>Home Address (if different)/Dirección de la casa (si es distinta)</b>		
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal	City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal

**Marital Status/Estado civil:**

<input type="checkbox"/> <b>Single/Soltero(a)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Partnered/Vive en pareja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Divorced/Divorciado(a)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Married/Casado(a)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Widowed/Viudo(a)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Legally Separated/ Legalmente separado(a)</b>

**What is your preferred language? ¿Qué es su idioma de preferencia?**  
Please specify/Especifique

**Contact Information/Información de contacto**

<b>Preferred Phone/Teléfono preferido</b> _____ <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día	<b>E-mail Address/Correo electrónico:</b> _____
<b>Secondary Phone/Teléfono secundario</b> _____ <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día	<b>Preferred Contact/Contacto Preferido:</b> <input type="checkbox"/> Phone Call to Cell <input type="checkbox"/> Email/Patient Portal <input type="checkbox"/> Day Phone <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Mail

**Answering these questions may help HealthPoint obtain funding for services.**

Responder estas preguntas puede ayudar a HealthPoint a obtener fondos para los servicios.

<b>Are you disabled or handicapped? ¿Es discapacitado o minusválido?</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Are you an immigrant? ¿Es inmigrante?</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Total number of people in your household (people who live in the same house and depend on the same income) Número total de personas en su hogar (personas que viven en la misma casa y dependen de los mismos ingresos)</b>	_____
<b>Total number of children under 18 in your household Número total de niños menores de 18 que viven en su hogar</b>	_____
<b>Which of the following best describes your household? / ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar?</b>	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Single Male Head of Household/Hombre soltero jefe de familia <input type="checkbox"/> Single Female Head of Household/Mujer soltera jefa de familia <input type="checkbox"/> Two-parent household/Hogar con dos padres
<b>Are you currently serving in a branch of the military, including the National Guard and Reservists?/¿Sirve actualmente en una rama de las fuerzas armadas, incluida la Guardia Nacional y los reservistas?</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Are you the family member of a current military member or veteran?/¿Es miembro de la familia de un militar actual o veterano?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, spouse or partner/Sí, cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Yes, child of/Sí, hijo de <input type="checkbox"/> Yes, other dependent relative/Sí, otro pariente dependiente
<b>Are you a refugee? ¿Es refugiado?</b>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No



**Are you homeless or in a temporary shelter?** ¿Está usted sin hogar o vive en un refugio temporal?

**Doubling Up/**Comparto habitación  
 **Not homeless/**Tengo hogar  
 **Other/**Otro
  **Permanent Supportive Housing/**Vivienda de apoyo permanente  
 **Public Housing/**Vivienda pública  
 **Shelter/**Refugio  
 **Street/**Calle  
 **Transitional/**De transición

**At any point in the past 2 years, has seasonal or migrant farm work been your or your family's main source of income?**  
 ¿En algún momento de los últimos 2 años, ha sido el trabajo agrícola estacional o migrante sido la principal fuente de ingresos suya o de su familia?

**No farm work/**No trabajador agrícola  
 **Yes, migrant farm work/**Trabajador agrícola migratorio  
 **Yes, seasonal farm work/**Trabajador agrícola estacional

**Do you use an interpreter?** ¿Necesita un intérprete?  
 **Yes/**Sí  
 **No**

**What is your race or biological family background? (Check all that apply)**  
 ¿Cuál es su raza o los antecedentes de su familia biológica? (Marque todo lo que corresponda)

**American Indian/Alaskan Native/**Indio americano/Nativo de Alaska  
 **Asian/**Asiático  
 **Black/African American/**Moreno/Afroamericano  
 **Declined to specify/**Se abstiene de especificar  
 **Native Hawaiian/**Hawaiano nativo  
 **Other Pacific Islander/**Otro Isleño del Pacífico  
 **White/**Blanco

**Are you Hispanic or Hispanic-Latino(a)?** ¿Es hispano o hispano-latino(a)?  
 **Yes, Hispanic or Hispanic-Latino(a)/**Sí, hispano o hispano-latino(a)  
 **Not Hispanic or Hispanic-Latino(a)/**No es hispano ni hispano-latino(a)

**Have you ever been discharged from the uniformed services of the United States?** ¿Alguna vez ha sido dado de baja de los servicios uniformados de los Estados Unidos?  
 **Yes/**Sí  
 **No**

**What is your Primary Medical Insurance?** ¿Cuál es sus Seguro médico primario?  
 **Provider One/**DSHS  
 **Self-Pay/**A pago personal  
 **Other/**Otro  
 **Private Insurance/**Seguro privado

**What is your household's monthly gross income?** ¿Cuáles son los ingresos mensuales brutos de su hogar?  
 \$ \_\_\_\_\_ per month/al mes

**Are you interested in applying for Sliding Scale Discount?** ¿Está interesado en solicitar el descuento de escala móvil?  
 **Yes/**Sí  
 **No**

**How did you hear about this Health Center?** ¿Cómo se enteró de este centro de salud?  
 \_\_\_\_\_

**Emergency Contact/**Contacto de emergencia

<b>Last Name/</b> Apellido	<b>First Name/</b> Primer nombre
<b>Phone Number/</b> Teléfono	<b>Relationship to Patient/</b> Relación con el paciente

**If patient is less than 18:/**Si el paciente es menor de 18:

<b>Parent/Guardian's Last Name/</b> Apellido del padre, madre o tutor		<b>Parent/Guardian's First Name/</b> Nombre del padre, madre o tutor	
<b>Social Security Number/</b> Número del Seguro Social	<b>Birth Date/</b> Fecha de nacimiento	<b>Birth Sex/</b> Sexo Natal <input type="checkbox"/> <b>Male/</b> masculino <input type="checkbox"/> <b>Female/</b> femenino	<b>Relationship to Patient/</b> Relación con el paciente <input type="checkbox"/> <b>Parent/</b> Padre o madre <input type="checkbox"/> <b>Guardian/</b> Tutor legal <input type="checkbox"/> <b>Other/</b> Otro
<b>Mailing Address/</b> Dirección postal			
<b>City/</b> Ciudad	<b>State/</b> Estado	<b>Zip/</b> Código postal	<b>Phone/</b> Teléfono

I authorize the release of any medical information necessary to process my claims and I authorize payment of medical benefits to the supplier for services described on the claim form/superbill.  
 I acknowledge that my care at HealthPoint could include visits with both residents and students whose care will be overseen by attending provider or supervisor.  
 I confirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Autorizo que se revele cualquier información médica que sea necesaria para procesar mis reclamaciones y autorizo el pago de prestaciones médicas al proveedor de los servicios descritos en el formulario de reclamación/superfactura (factura detallada).  
 Entiendo que mi cuidado en HealthPoint puede incluir visitas con residentes y estudiantes que serán supervisados por un proveedor o supervisor.  
 Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

**Signature of patient or guardian**  
 /Firma del paciente o tutor

**Date:**  
 /Fecha \_\_\_\_\_

**For office use only/Sólo para uso de la oficina**

Witness (HealthPoint Staff): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Self Declared:  A  B  C  D  E  F

Sliding Scale Category:  A  B  C  D  E  F Insurance: \_\_\_\_\_