



PATIENT REGISTRATION

Last Name/Apellido		First Name/Primer nombre		Middle Name/Segundo nombre	
Insured Name (if different)/Nombre del asegurado		Social Security Number/Número del Seguro Social		Birth Date/Fecha de nacimiento	
				Sex (per your medical insurance)/Sexo indicado en su aseguranza <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
Gender Identity/Identidad de género <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Non-binary/Gender non-conforming/ Gender Queer <small>No binario/Inconformidad de género/Género queer</small> <input type="checkbox"/> Transman/Transmasculine/FTM/Transexual masculine/Transmasculino/FTM <input type="checkbox"/> Transwoman/Transfeminine/MTF/Transexual femenina/mujer transgénero/MTF <input type="checkbox"/> Please Specify Additional Gender or Other/Especifique género adicional u otro <input type="checkbox"/> Choose not to Disclose/Prefiere no decir					
Sexual Orientation/Orientación sexual <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual/Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbian, Gay Or Homosexual <small>Lesbiana, gay u homosexual</small> <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual/Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual/Asexual <input type="checkbox"/> Don't Know or Questioning <small>No sabe o cuestionando</small> <input type="checkbox"/> Specify Additional Sexuality <small>Especifique Sexualidad Adicional</small> <input type="checkbox"/> Choose not to Disclose/Prefiere no decir					
Pronoun/Pronombre <input type="checkbox"/> She, Her, Hers/Ella, su <input type="checkbox"/> He, Him, His/Él, su <input type="checkbox"/> They, Them, Theirs/Ellos, suyo, suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir/Elle <input type="checkbox"/> Other/Otro <input type="checkbox"/> Declined to answer/Se abstiene de responder					
Mailing Address/Dirección postal			Home Address (if different)/Dirección de la casa (si es distinta)		
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal	City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal
Marital Status/Estado civil: <input type="checkbox"/> Single/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Married/Casado(a) <input type="checkbox"/> Partnered/Vive en pareja <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legally Separated/ Legalmente separado(a)					
What is your preferred language? ¿Qué es su idioma de preferencia? Please specify/Especifique					
Contact Information/Información de contacto Preferred Phone/Teléfono preferido <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día E-mail Address/Correo electrónico:					
Secondary Phone/Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día Preferred Contact/Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Phone Call to Cell <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Email/Patient Portal <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Day Phone					
Answering these questions may help HealthPoint obtain funding for services. Responder estas preguntas puede ayudar a HealthPoint a obtener fondos para los servicios.					
Are you disabled or handicapped? ¿Es discapacitado o minusválido? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Are you an immigrant? ¿Es inmigrante? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
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) _____					
Total number of children under 18 in your household Número total de niños menores de 18 que viven en su hogar _____					
Which of the following best describes your household? / ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Single Head of Household/Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Two-parent household/Hogar con dos padres					
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? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Are you the family member of a current military member or veteran? / ¿Es miembro de la familia de un militar actual o veterano? <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					
Are you a refugee? ¿Es refugiado? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					

Please complete both sides of this form.

Por favor, complete ambos lados de este formulario.

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

<input type="checkbox"/> Doubling Up /Comparto habitación	<input type="checkbox"/> Permanent Supportive Housing / Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> Shelter /Refugio
<input type="checkbox"/> Not homeless /Tengo hogar	<input type="checkbox"/> Public Housing /Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Street /Calle
<input type="checkbox"/> Other /Otro		<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> No farm work /No trabajador agrícola
<input type="checkbox"/> Yes, migrant farm work /Trabajador agrícola migratorio
<input type="checkbox"/> Yes, seasonal farm work /Trabajador agrícola estacional

Do you use an interpreter? ¿Necesita un intérprete?

<input type="checkbox"/> Yes /Sí
<input type="checkbox"/> No

What is your race or biological family background? ¿Cuál es su raza o los antecedentes de su familia biológica?

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

Are you Hispanic or Hispanic-Latino(a)? ¿Es hispano o hispano-latino(a)?

<input type="checkbox"/> Yes, Hispanic or Hispanic-Latino(a) /Sí, hispano o hispano-latino(a)
<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Yes /Sí
<input type="checkbox"/> No

What is your Primary Medical Insurance? ¿Cuál es sus Seguro médico primario?

<input type="checkbox"/> Provider One/DSHS	<input type="checkbox"/> Other /Otro
<input type="checkbox"/> Self-Pay /A pago personal	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Decline/Refuse to Report Income / Declina/Se niega a responder
--

Are you interested in applying for Sliding Scale Discount? ¿Está interesado en solicitar el descuento de escala móvil?

<input type="checkbox"/> Yes /Sí
<input type="checkbox"/> No

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

Emergency Contact/Contacto de emergencia			
Last Name/Apellido	First Name/Primer nombre	Phone Number/Teléfono	Relationship to Patient/Relación con el paciente

Responsible Party (Parent, Guardian, Care Giver)/Responsable – Padre, tutor, cuidador):			Relationship to Patient/Relación con el paciente		
			<input type="checkbox"/> Parent /Padre o madre	<input type="checkbox"/> Guardian /Tutor legal	<input type="checkbox"/> Other /Otro
Last Name/Apellido del padre, madre o tutor	First Name/Nombre del padre, madre o tutor	Birth Date/Fecha de nacimiento	Sex Assigned at Birth/Sexo asignado al nacer		
			<input type="checkbox"/> Male /masculine		
			<input type="checkbox"/> Female /femenino		
Mailing Address/Dirección postal					
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal	Phone Number/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 _____ Date _____
 Firma del paciente o tutor _____ 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: _____