

Registration Form



Formulario de inscripción

Please show your services card and/or medical insurance card to the receptionist
Por favor, muestre su tarjeta de servicios y/o tarjeta de seguro médico a la recepcionista

In order to provide you with the best service possible, we ask that you give us some information about yourself. <i>Para proporcionarle el mejor servicio posible, le pedimos la siguiente información acerca de Ud.</i>			
1. How did you find out about FHC services? <i>¿Cómo se enteró de los servicios de FHC?</i>			
2. Have you used FHC services before? If yes, what services? <i>¿Ha utilizado antes los servicios de FHC? ¿Si marco sí, cuales servicios?</i>			
3. Do your family members use FHC services? Please list their names. <i>¿Alguien de su familia utiliza servicios de FHC? Por favor denos sus nombres.</i>			
Patient Information <i>Información del Paciente</i>			
Name: Last <i>Nombre Apellido</i>		First <i>Propio</i>	
		M.I.	
Social Security (optional) <i>Seguro Socia (opcional)</i>		Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Género</i> <i>Hombre</i> <i>Mujer</i>
Address <i>Dirección</i>	Street <i>Calle</i>		Apt <i>Apartamento</i>
	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código postal</i>
Mailing Address <i>Dirección Postal</i>	Street <i>Calle</i>		Apt <i>Apartamento</i>
	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código postal</i>
Home Phone <i>Teléfono de Casa</i>		Work Phone <i>Teléfono del Trabajo</i>	Email <i>Correo Electrónico</i>
Other Phone <i>Otro Teléfono</i>		Primary Language if not English <i>Idioma, si no es el inglés</i>	
IF PATIENT IS A MINOR / SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD			
Parent/Guardian's Name <i>Nombre del Padre o tutor</i>		Parent/Guardian's Birth Date <i>Fecha de nacimiento del padre o tutor</i>	

Registration Form



Formulario de inscripción

Housing Status

Estado de Vivienda

What is your current living situation? Please choose one answer. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
Por favor escoja una respuesta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Own or rent a home
<i>En casa propia o de alquiler</i> | <input type="checkbox"/> Homeless transitional housing program
<i>Programa de vivienda transitoria para personas sin hogar</i> |
| <input type="checkbox"/> Permanently living with family or friends
<i>Viviendo permanentemente con familiares o amistades</i> | <input type="checkbox"/> Temporarily living with family or friends
<i>Viviendo temporalmente con familiares o amistades</i> |
| <input type="checkbox"/> Institution or group home
<i>Institución o casa hogar</i> | <input type="checkbox"/> Jail
<i>En la cárcel</i> |
| <input type="checkbox"/> Treatment facility
<i>Internado de rehabilitación</i> | <input type="checkbox"/> Out of Doors (on the street, in a tent, in a car, etc.)
<i>En las afueras (en la calle, en una tienda de campaña, en un coche, etc.)</i> |
| <input type="checkbox"/> Emergency shelter
<i>Refugio de emergencia</i> | <input type="checkbox"/> Abandoned Building
<i>Edificio abandonado</i> |

Ethnicity and Race

Etnicidad y raza

Ethnic Group (choose one)

Grupo étnico (elija uno)

- Hispanic**
Hispano
- Non-Hispanic**
No Hispano
- Not Collected/Unknown**
Indefinido o desconocido

Race (choose one)

Raza (elija una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asian
<i>Asiática</i> | <input type="checkbox"/> Not Collected/Unknown
<i>Indefinida o desconocida</i> |
| <input type="checkbox"/> Black
<i>Negra</i> | <input type="checkbox"/> White
<i>Blanca</i> |
| <input type="checkbox"/> Alaskan Native
<i>Nativo de Alaska</i> | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian
<i>Nativo del Hawái</i> |
| <input type="checkbox"/> American Indian
<i>Indio Americano</i> | <input type="checkbox"/> Pacific Islander
<i>Isleño del Pacífico</i> |

Farm Work

Trabajo agrícola

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| Has the principal source of income for you and your family ever been farm work? ¿Ha sido la fuente principal de ingresos para Ud. y su familia el trabajo agrícola? | <input type="checkbox"/> Yes
<i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No |
| In the past 2 years, did you or any member of your family move here to do farm work? En los últimos 2 años ¿Ud. o alguien de su familia se mudó aquí para trabajar en campos agrícolas? | <input type="checkbox"/> Yes
<i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No |
| Do you or your family members do farm work on a seasonal basis? ¿Trabaja Ud. o alguien de su familia en el campo agrícola por temporadas? | <input type="checkbox"/> Yes
<i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No |

Veteran Status

Estatus de Veterano

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| Are you a United States Veteran? ¿Es Ud. un veterano de los Estados Unidos? | <input type="checkbox"/> Yes
<i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No |
|--|--|------------------------------------|

Registration Form



Formulario de inscripción

Contact Information <i>Información para contactarlo</i>	
How may we contact you? <i>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud.?</i>	<input type="checkbox"/> Phone <i>Teléfono</i> <input type="checkbox"/> Mail <i>Correo</i> <input type="checkbox"/> Both <i>Ambos</i> <input type="checkbox"/> Neither (please provide a message phone and address) <i>Ninguno (Por favor proporcione una dirección y un teléfono para dejarle un mensaje)</i>
Emergency Contact Information <i>Información en caso de emergencia</i>	
Emergency Contact Name <i>Nombre del contacto de emergencia</i>	
Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i>	
Emergency Phone <i>Teléfono de emergencia</i>	Work Phone <i>Teléfono de Trabajo</i>
Status <i>Estatus</i>	
<p style="text-align: center;">Marital <i>Estado civil</i></p> <input type="checkbox"/> Single <i>Soltero</i> <input type="checkbox"/> Married <i>Casado(a)</i> <input type="checkbox"/> Married but Separated <i>Casado(a) pero separado(a)</i> <input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado(a)</i> <input type="checkbox"/> Widowed <i>Viudo(a)</i>	<p style="text-align: center;">Citizenship Status (choose one) <i>Estatus de ciudadanía (elija uno)</i></p> <input type="checkbox"/> Legally Admitted to Work <i>Admitido legalmente para trabajar</i> <input type="checkbox"/> Legally Admitted - Not Allowed to Work <i>Legalmente admitido - no autorizado a trabajar</i> <input type="checkbox"/> Non US Citizen <i>No ciudadano de los Estados Unidos</i> <input type="checkbox"/> Other Status <i>Otra situación</i> <input type="checkbox"/> Permanent Resident <i>Residente permanente</i> <input type="checkbox"/> Unknown Status <i>Situación desconocida</i> <input type="checkbox"/> US Citizen <i>Ciudadano de los Estados Unidos</i>
<p style="text-align: center;">US Citizen <i>Ciudadano de los Estados Unidos</i></p> <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	

Registration Form



Formulario de inscripción

Guarantor Account (The person responsible for paying your bills) <i>Cuenta del asegurado (La persona responsable de pagar sus facturas)</i>			
Name <i>Nombre</i>			
Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i>			
Mailing Address <i>Dirección postal</i>	Street <i>Calle</i>	Apt <i>Apartamento</i>	
	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código postal</i>
Social Security <i>Seguro Socia</i>		Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Gender <i>Género</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	Home Phone <i>Teléfono de casa</i>
Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>		Other Phone <i>Otro Teléfono</i>	