COUNTRY DOCTOR CHC

PATIENT REGISTRATION

CAROYLN DOWNS FMC

Last Name/Apellido paterno	**First Name**/Nombre de pila	**Middle Name**/Segundo nombre

Social Security Number/Número de seguro social	**Birth Date**/Fecha de nacimiento	**Gender**/Sexo ☐ **Male**/Hombre ☐ **Female**/Mujer ☐ **Undifferentiated**/ indefinido

Mailing Address/Dirección de correos	**City**/Ciudad	**State**/Estado	**Zip**/Código postal

Home Address (if different)/Domicilio (si es distinto)	**City**/Ciudad	**State**/Estado	**Zip**/Código postal

In which county do you live?/¿En que condado vive Ud.?

☐ **King** ☐ **Pierce** ☐ **Snohomish** ☐ **Other**/Otro:_____

What language do you usually speak?/¿Qué idioma habla Ud. generalmente?

- ☐ **English**/Inglés
- ☐ **Spanish**/Español
- ☐ **Russian**/Ruso
- ☐ **Other**/Otro: _____

Marital status/Estado civil:

- ☐ **Divorced**/Divorciado(a)
- ☐ **Legally Separated**/Separado(a) Legalmente
- ☐ **Life Partner**/Pareja de Vida
- ☐ **Married**/Casado(a)
- ☐ **Single**/Soltero(a)
- ☐ **Widowed**/Viudo(a)

Phone Numbers/Número de telèfono:

- ☐ **Home Phone**/Teléfono de la casa:
- ☐ **Alternate Phone Number(s)**/Teléfono(s) alterno(s):
- ☐ **Work Phone**/Teléfono de trabajo:
- ☐ **Emergency Contact Phone**/Teléfono de emergencia:
- ☐ **Cell Phone**/Teléfono de cellular::
- ☐ **Email Address**/Correo electronica:

Please check which number is your primary/preferred contact number/Por favor marquee cual es su número principal ó de preferencia para contactarlo(a)

Relations (Parent/Guardian, Spouse):/Relación (Padres/Guardian, Esposa(s))"

Parent/Guardian's Last Name/Apellido de padre o madre/Tutor	**Parent/Guardian's First Name**/Nombre de pila de padre o madre/ Tutor

Parent/Guardian's Address/ Dirección de padre o madre/Tutor	**Parent/Guardian's City/State/Zip**/ Ciudad/ Estado/ Código postal de padre o madre/Tutor

Relationship to Patient Parentesco o relación al paciente ☐ **Parent**/Padre o Madre ☐ **Guardian**/Tutor ☐ **Other**/Otro: _____	**Gender**/Sexo ☐ M ☐ F	**Birth Date**/Fecha de nacimiento
	Social Security Number/Número de seguro social	

Please complete both sides/Favor de completar los dos lados

Answering these questions may help us obtain funding for services.

Sus respuestas a las siguientes preguntas podrían ayudarnos a conseguir financiamiento para los servicios que podemos ofrecerle.

Are you disabled?/¿Está Ud. Discapacitado?

☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Are you an immigrant or refugee?/¿Es Ud. inmigrante o refugiado?

☐ **Yes**/Sí ☐ **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 que viven en su hogar (y dependen del mismo ingreso)

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 los siguientes describe mejor a los de su hogar?

☐ **Single Person**/Soltero(a)

☐ **Single female with dependent children living with you**/Mujer soltera con hijo(s) viviendo con usted

☐ **Single male with dependent children living with you**/Hombre soltero con hijo(s) viviendo con usted

☐ **Two-parent household**/Hogar con dos padres

☐ **Married with no dependent children** / Casado(a) sin cargas familiares (niños)

☐ **Other**/Otro:_____

Are you employed?/¿Está empleado?

☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Are you homeless or in a temporary shelter?

¿Esta Ud. sin hogar o vive en un refugio temporal?

☐ **Doubling Up/**Compartiendo habitación

☐ **Not homeless/**Tengo hogar

☐ **Other/**Otro:

_____

☐ **Public Housing/**Vivienda Pública

☐ **Shelter/**Refugio

☐ **Street/**Calle

☐ **Transitional**/En transición

Are you a migrant or seasonal farm worker?

¿Trabaja Ud. en el campo por temporadas o es un trabajador migrante?

☐ **Migrant farm worker**/Campesino migrante

☐ **Not a farm worker**/No campesino

☐ **Seasonal farm worker**/Campesino por temporadas

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 la de su familia biológica? (Marque todos los que correspondan)

☐ **American Indian/Alaskan Native**
IndioAmericano/Indio Alaskeño

☐ **Asian**/Asiático

☐ **Black**/Negro

☐ **More than One Race**/Más de una raza

☐ **Native Hawaiian/Other Pacific Islander**
Indio Hawaiano/Otro Isleño

☐ **Other Race**/Otra raza:_____

☐ **White**/Blanco

Are you Hispanic?/¿Es usted Hispano(a)?

☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Are you a veteran?/¿Es Ud. veterano de guerra?

☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

What is your Primary Medical Insurance?

¿Cuál es su principal aseguranza médica?

How will you pay for your visits? (Check all that apply)/¿Cómo pagará sus visitas? (Marque todos los que correspondan)

☐ **Self-pay**/Paga Ud. mismo

☐ **Medical Coupons**/Cupones médicos

☐ **Insurance**/Aseguranza

☐ **Other**/Otro: _____

What is your household's monthly income? (The cash flow on which you live)? /¿Cuánto es el total del ingreso mensual de las personas que viven en su hogar? (El dinero que usan al mes para vivir.)

$_____**per month**/al mes

How did you hear about this Health Center? / ¿Cómo supo Ud. de éste Centro de Salud?

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

I agree to have medical care provided by a CDCHC provider, and testing which may be required, and to follow his/her instructions regarding needed appointments.

I understand that my medical information is confidential and protected to the extent of the law. My medical records are confidential and are released with my own written consent. I hereby consent for medical care at Country Doctor Community Health Centers.

I certify that I have read and understood the HIPAA Notice of Privacy Practices and understand my rights as a patient. (If you would like a copy of the notice, please let us know).

_____ _____

Patient signature/Parent or Guardian signature (if under age 18) Date