

PATIENT REGISTRATION

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 <input type="checkbox"/> Male /Hombre <input type="checkbox"/> Female /Mujer <input type="checkbox"/> preferred/preferido _____
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.? <input type="checkbox"/> King <input type="checkbox"/> Pierce <input type="checkbox"/> Snohomish <input type="checkbox"/> Other /Otro: _____					
What language do you usually speak? /¿Qué idioma habla Ud. generalmente? <input type="checkbox"/> English /Inglés <input type="checkbox"/> Spanish /Español <input type="checkbox"/> Russian /Ruso <input type="checkbox"/> Other /Otro: _____			Marital status /Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorced /Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legally Separated /Separado(a) Legalmente <input type="checkbox"/> Life Partner /Pareja de Vida <input type="checkbox"/> Married /Casado(a) <input type="checkbox"/> Single /Soltero(a) <input type="checkbox"/> Widowed /Viudo(a)		
Phone Numbers /Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Home Phone /Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Alternate Phone Number(s) /Teléfono(s) alternativo(s): <input type="checkbox"/> Work Phone /Teléfono de trabajo: <input type="checkbox"/> Emergency Contact Phone /Teléfono de emergencia: <input type="checkbox"/> Cell Phone /Teléfono de celular: _____ 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 <input type="checkbox"/> Parent /Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian /Tutor <input type="checkbox"/> Other /Otro: _____			Gender /Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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.

<p>Are you disabled?/¿Está Ud. Discapacitado? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Are you a migrant or seasonal farm worker? ¿Trabaja Ud. en el campo por temporadas o es un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Migrant farm worker/Campesino migrante <input type="checkbox"/> Not a farm worker/No campesino <input type="checkbox"/> Seasonal farm worker/Campesino por temporadas</p>
<p>Are you an immigrant or refugee?/¿Es Ud. inmigrante o refugiado? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Do you use an interpreter?/¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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)</p>	<p>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) <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native IndioAmericano/Indio Alaskeño <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Black/Negro <input type="checkbox"/> More than One Race/Más de una raza <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander Indio Hawaiano/Otro Isleño <input type="checkbox"/> Other Race/Otra raza: _____ <input type="checkbox"/> White/Blanco</p>
<p>Total number of children under 18 in your household/Número total de niños menores de 18 que viven en su hogar</p>	<p>Are you Hispanic?/¿Es usted Hispano(a)? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Which of the following best describes your household?/¿Cuál de los siguientes describe mejor a los de su hogar? <input type="checkbox"/> Single Person/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Single female with dependent children living with you/Mujer soltera con hijo(s) viviendo con usted <input type="checkbox"/> Single male with dependent children living with you/Hombre soltero con hijo(s) viviendo con usted <input type="checkbox"/> Two-parent household/Hogar con dos padres <input type="checkbox"/> Married with no dependent children / Casado(a) sin cargas familiares (niños) <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____</p>	<p>Are you a veteran?/¿Es Ud. veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Are you employed?/¿Está empleado? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>What is your Primary Medical Insurance? ¿Cuál es su principal aseguranza médica?</p>
<p>Are you homeless or in a temporary shelter? ¿Esta Ud. sin hogar o vive en un refugio temporal? <input type="checkbox"/> Doubling Up/Compartiendo habitación <input type="checkbox"/> Not homeless/Tengo hogar <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ <input type="checkbox"/> Public Housing/Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Shelter/Refugio <input type="checkbox"/> Street/Calle <input type="checkbox"/> Transitional/En transición</p>	<p>How will you pay for your visits? (Check all that apply)/¿Cómo pagará sus visitas? (Marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Self-pay/Paga Ud. mismo <input type="checkbox"/> Medical Coupons/Cupones médicos <input type="checkbox"/> Insurance/Aseguransa <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____</p>
	<p>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</p>

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 appointment

I understand that my medical informatios 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