

Patient Information

Last Name: _____ **First Name:** _____ **MI:** _____

Social Security Number: _____ **Date of Birth:** _____

Address (mailing): _____ **City:** _____ **Zip Code:** _____

Address (street): _____ **City:** _____ **Zip Code:** _____

Telephone: _____ **May we contact you at home?** Yes No

Other Contact: Message Pager Cell Phone _____

Sex: Male Female **Other names** you have used: _____

Primary Language: English Spanish Hmong Other: _____

Are Interpreter Services Needed? Yes No

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Unknown

Race: White Asian American Indian Black Pacific Islander Alaskan Native Unknown

Migrant Status: Migrant Seasonal Neither **Veteran Status:** Yes No

Homeless Status: Not homeless Homeless At risk for homelessness Living in Shelter Living with Others
 Street, Camp, Bridge Transitional Housing

Employer Name: n/a _____ **Phone #:** _____

Emergency Contact Information (for patient, or for responsible party if patient is a minor):

Emergency Contact Name: _____ **Phone #:** _____

Relationship to Patient: Spouse Mother Father Grandparent Other _____

Other Contact Message Pager Cell Phone Email _____

Medi-Cal ID Number: _____ **Issue Date:** _____

Guarantor Information

(The person responsible for payment, example: a parent for a patient under 18 years of age)

Last Name: _____ **First Name:** _____ **MI:** _____

Billing Address: same as above _____ **City/Zip:** _____

Relationship to patient: Parent Spouse Other: _____ **Social Security Number:** _____

Gender: Male Female **Date of Birth:** _____ **Telephone:** _____

Income information: *Information provided is used to offer discounts to you.*

Family Income: \$ _____ per Year Month Week **# of persons in Family:** _____
 Declined

Entered by: _____

Date: _____

MRN#: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (para correo): _____ Ciudad: _____ Cod. Postal: _____

Dirección (de casa): _____ Ciudad: _____ Cod. Postal: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos contactarle en casa? Sí No

Otro método de contacto Mensaje Pager Teléfono móvil _____

Sexo: Hombre Mujer Otros nombres que ha usado: _____

Su Lenguaje: Inglés Español Hmong Otro _____
 ¿Necesita servicios de interpretación de lenguaje? Sí No

Origen Étnico: Hispano No Hispano

Raza: Blanco Asiático Americano Nativo Negro De Islas Pacíficas Nativo de Alaska No se sabe

Situación Migratoria: Inmigrante Temporero Ninguno de esos

Situación de falta de hogar Ahora tengo hogar Sin Hogar, refugio desconocido A riesgo de perder hogar
 Vivo en un refugio Vivo con otros Vivo en la calle, campamento, puente Hogar Temporal

¿Es Veterano militar? Sí No

Contactos en Caso de Emergencia (pare el paciente, o para el padre/guardián si el paciente es menor de edad)

Nombre de Empleador: n/a _____ Teléfono: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia : _____ Teléfono: _____

Otro método de contacto Mensaje Pager Teléfono móvil Correo electrónico _____

Información del Fiador
 (La persona que paga los cobros, por ejemplo: El padre de un paciente menor de edad.)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: Como arriba _____ Ciudad/Código Postal: _____

Relación al paciente: Padre Esposo/a Otro: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Datos Sobre Ingresos: *Usamos esta información para ofrecerle descuentos.*

Ingreso de familia: \$ _____ por: Año Mes Semana # de personas en la familia: _____
 Renuncio decir.

Entered by: _____

Date: _____

MRN#: _____