



**Patient Registration Form**  
(Please Print Clearly)

Preferred Contact Method:  Phone  Text  Voice Mail Preferred Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION**

Patient's Last Name:	First:	Middle Initial:	Date of Birth:	Marital Status:
			/ /	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married
Preferred Name:			<input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed	
Primary Phone: ( ) ( )	Alternate Phone: ( ) ( )	Email Address:		

<b>Veteran:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Birth Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Current Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Preferred Pronoun:</b> <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> She <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Chose not to disclose <input type="checkbox"/> Male-to-Female (MTF)/ Transgender Female <input type="checkbox"/> Female-to-Male (FTM)/ Transgender Male <input type="checkbox"/> Genderqueer, neither exclusively male nor female <input type="checkbox"/> Other, please specify: _____
<b>Sexual Orientation:</b>				
<input type="checkbox"/> Straight (Heterosexual) <input type="checkbox"/> Lesbian, Gay (Homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Something Else: _____				

<b>Race: (choose all that apply)</b> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Decline to specify <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/ Alaska Native <input type="checkbox"/> Other, please specify: _____	<b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino	<b>What is your housing situation today?</b> <input type="checkbox"/> Doubling up <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Not Homeless <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> I choose not to answer	<b>Public Housing:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--	---	--

Mailing Address:	City:	State:	ZIP Code:
Street Address:	City:	State:	ZIP Code:

**Parent/ Legal Guardian(s):**

Last Name(s)	First:	Middle:	Date of Birth:	Relation:
			/ /	
			/ /	
Address (if different):				

**Please answer the following questions**

During the past year, what was the total combined income for you and the family members you live with? This information will help us determine if you are eligible for benefits. Even if you have private health insurance, you may qualify for our Sliding Fee Discount Program for additional discounts:  
Annual income \$ \_\_\_\_\_  I choose not to answer this question

How many family members, including yourself, do you currently live with?: \_\_\_\_\_

**IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT:**

Name:	Relationship to Patient:	Primary Phone:	Alternate Phone:
		( ) ( )	( ) ( )
		( ) ( )	( ) ( )

It is CCHCI's policy to only speak with the patient concerning detailed medical information, unless instructed otherwise. Please list the names of any individuals that our office staff has permission from you to release medical information, if none, please check here.  None

Name:	Relationship to Patient:	Primary Phone:	Alternate Phone:
		( ) ( )	( ) ( )
		( ) ( )	( ) ( )
		( ) ( )	( ) ( )

I certify that the information provided on this form is true and correct to the best of my knowledge. I have been given the opportunity to review and receive a copy of the Notice of Patient Practices & Patient Rights and Responsibilities.

\_\_\_\_\_  
Patient/ Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

**OFFICE USE ONLY:**

Updated on: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PSR Printed Name: \_\_\_\_\_

Revised on: 12/30/19 - N.Escarcega



**Forma de Registro del Paciente**  
(Por favor escriba con claridad)

Método de Contacto:  Teléfono  Mensajes de texto  Mensaje de voz Idioma Preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	segunda inicial	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
			/ /	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)
Nombre Preferido:			<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viuda	
No. Telef. Primario:	No. Telef. Alternativo:	Dirección de correo electrónico:		
( )	( )			

<b>Veterano:</b>	<b>Género al Nacer:</b>	<b>Género Actual:</b>	<b>Pronombre Preferido:</b>	<b>Identidad de Género:</b>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino/Transegnero-Femenino
<b>Orientación Sexual:</b>				<input type="checkbox"/> Femenino a Masculino /Transegnero-Masculino
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana, Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Género sin preferencia/ no ser exclusivamente
<input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Otro: Favor de especificar

<b>Raza:</b> (Marque todas las que apliquen)	<b>Etnia:</b>	<b>¿Cuál es su condición de vivienda ahora?</b>	<b>¿Es indigente?</b>
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Con compañero de vivienda ahora	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Con hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		<input type="checkbox"/> Hogar transitorio <input type="checkbox"/> Elijo no contestar	

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Dirección residencial:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**Padre / Tutor Legal (s)**

Apellido del Padre/Tutor	Primer Nombre:	Segunda Inicial:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:
			/ /	
			/ /	

Domicilio (si es diferente): \_\_\_\_\_

**Favor de contestar las siguientes preguntas**

Durante el año pasado, ¿cuál es el total de ingresos combinados de usted y los familiares con los que habita? Esta información nos ayuda a determinar si usted es elegible para beneficios. Aún cuando usted tenga seguro médico privado, puede calificar para nuestro programa de descuento "Sliding Fee Discount Program" para descuentos adicionales: Ingreso anual \$ \_\_\_\_\_  Elijo no contestar esta pregunta

¿Cuántos familiares, incluyéndose a usted, habitan en su vivienda actualmente?: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A:**

Nombre:	Parentesco con el Paciente:	No. Telef. Primario:	No. Telef. Alternativo:
		( )	( )
		( )	( )

Es política de CCHCI tratar únicamente con el paciente la información médica detallada, a menos de que se indique lo contrario. Por favor enliste los nombres de las personas que tengan su autorización para que nuestro personal les revele su información médica. Para nadie, por favor marque aquí:  Nadie

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
		( )
		( )
		( )

Certifico que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta a mi mejor entender. Se me dio la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de las Prácticas del Paciente & Derechos y Responsabilidades del Paciente.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Tutor Legal Fecha