



PATIENT REGISTRATION AND INFORMATION UPDATE

(Please complete the entire form)

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE
PATIENT NAME:		
DATE OF BIRTH	AGE	Sex (at birth): <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
		ID/Lic#: _____ SS#: _____
ADDRESS:		CITY: _____ ZIP: _____
HOME PHONE: _____		CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____
BIRTHPLACE: _____	MOTHER'S MAIDEN NAME: _____ MOTHER'S FIRST NAME: _____	
MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated		
EMAIL		May we e-mail you: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No May we text you: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Choice of Pharmacy	EMPLOYED: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No OCCUPATION: _____ EMPLOYER: _____	
TOTAL MONTHLY INCOME BEFORE TAXES: _____		HOW MANY DEPENDENTS DO YOU HAVE? _____
SOURCE OF INCOME: <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> SALARY <input type="checkbox"/> NONE		
CLASS OF WORK? <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Not Applicable		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> Not Hispanic <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Decline to State
RACE: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other Race <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Decline to State		
SEXUAL ORIENTATION: <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Choose not to disclose		GENDER IDENTIFICATION: <i>(How do you identify yourself)?</i> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender Male (Male to Female) <input type="checkbox"/> Transgender Female (Female to Male) <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
PRIMARY LANGUAGE SPOKEN?	PRIMARY LANGUAGE READ?	PREFERRED SPOKEN LANGUAGE? _____ DO YOU NEED INTERPRETATION SERVICES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ARE YOU A VETERAN? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ARE YOU EXPERIENCING HOMELESSNESS? <i>(If Yes, please select one of the following: FTOC may be able to help).</i>	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Doubling-up <input type="checkbox"/> Transitional Housing <input type="checkbox"/> Homeless <i>(If so, how long)?</i> _____ <input type="checkbox"/> Other
EMERGENCY CONTACT NAME		RELATIONSHIP
		TELEPHONE
ADVANCED DIRECTIVES		
Advanced Directives are legal documents that provide instructions regarding your medical care decisions. We encourage you to discuss your treatment decisions with the medical staff.		
Would you like to receive more information regarding Advanced Directives? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
By signing below I attest that the information stated above to be true to the best of my knowledge		
SIGN: _____		DATE: _____



REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor, completar todo la forma)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
NOMBRE DEL PACIENTE:				
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	EL SEXO AL NACER: <input type="checkbox"/> MASCULINO	
			<input type="checkbox"/> FEMENINA	
			ID/Lic#:	
			SS#:	
DIRECCIÓN:			CIUDAD:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:		TELÉFONO MOVIL:	TELE. DE TRABAJO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		APELLIDO DE SOLTERA DE SU MADRE?		NOMBRE DE SU MADRE?
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a				
CORREO ELECTRONICO (EMAIL) <input type="checkbox"/> Si, inscríbeme para recibir correo electronico <input type="checkbox"/> Si, inscríbeme para recibir mensajes de texto				
SU FARMACIA:		TRABAIA: <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> No		OCUPACIÓN:
		EMPLEADOR:		
INGRESO MENSUAL TOTAL ANTES DE IMPUESTOS: \$			¿CUANTOS DEPENDIENTES TIENE?:	
			¿NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR?:	
FUENTE DE INGRESO: <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Ninguno				
CLASE DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No aplica		¿GRADO MAS ALTO DE ESTUDIO? _____		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Opto no anotar
RAZA: <input type="checkbox"/> Indigena <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Optó no anotar <input type="checkbox"/> Otro Raza				
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra Término <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Optó no anotar			IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO: (¿Cómo Se Identifica Usted)? <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transexual masculino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Transgénero mujer (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Opto no anotar	
¿IDIOMA PRINCIPAL QUE USTED HABLA?		¿IDIOMA QUE USTED LEE?		¿SU LENGUAJE DE REFERENCIA AL HABLAR PREFERIDO?
				¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACION? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ERES UN VETERANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ESTA USTED SIN HOGAR? <i>(En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes: FTOC puede ser capaz de ayudar.)</i> <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Compartiendo Cuarto <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> En La Calle <input type="checkbox"/> Otro		AGENCIA QUE LA/LO REFIRIO: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA		PARENTESCO		NUMERO DE TELÉFONO
ADVANCED DIRECTIVES				
Las Directivas Avanzadas son documentos legales que brindan instrucciones sobre sus decisiones de atención médica. Le recomendamos que discuta sus decisiones de tratamiento con el personal médico.				
¿Le gustaría recibir más información sobre Directivas Avanzadas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Al firmar a continuación, certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	