

## Patient Information

Patient Name: \_\_\_\_\_

Preferred Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Patient Sex:  Male  Female  Unknown

Home Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Cell phone number: \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Preferred method of contact:  Mail  Phone  E-mail  MyChart

## Demographic Information

Preferred language:  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

Do you have a stable housing situation?  Yes  No

Are you a Farm Worker?  Yes  No Are you a Veteran?  Yes  No

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

Race:  American Indian/Alaska Native  Asian  Black/African American  
 Caucasian  Native Hawaiian  Pacific Islander  
 More than one race  Other  Refuse

## Emergency Contact Information

Name: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_ Home phone: \_\_\_\_\_

## Insurance Information

Primary Insurance: \_\_\_\_\_ Subscriber Name: \_\_\_\_\_

Member ID: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Patient Relationship to Subscriber: \_\_\_\_\_ Subscriber DOB: \_\_\_\_\_

Preferred Language: \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Género del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gender Sex:  Masculino  Femenino  Desconocido

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método preferido de comunicación:  Correo  Teléfono  Correo electrónico  MyChart

## Información Demográfica

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otra \_\_\_\_\_

¿Tiene una situación estable de vivienda?  Sí  No

¿Es usted trabajador agrícola?  Sí  No      ¿Es usted veterano?  Sí  No

Etnicidad:  Hispano  No es Hispano

Raza:  Indio Americano  Asiático  Negro/afroamericano

Caucásico  Nativo hawaiano  Islas del Pacífico

Más de una raza  Otra  El paciente se negó

## Información de contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Seguro principal: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

La relación de los pacientes con el suscriptor: \_\_\_\_\_ DOB del suscriptor: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_