PEOPLE'S COMMUNITY CLINIC

PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION DE REGISTRO

TODAY'S DATE / FECHA DE HOY_____

PLEASE PRINT / FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE

PATIENT / PACIENTE

LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE	MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE	
SOCIAL SECURITY NO / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	AGE / EDAD	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	
MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO — APT NO / NUMERO DE APARTAMENTO		☐ MALE / HOMBRE ☐ FEMALE / MUJER	EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRONICO
CITY / CIUDAD — STATE / ESTADO — ZIP CODE/CODIGO POSTAL		COUNTY/CONDADO	LANGUAGE /LENGUAJE

PLEASE CHECK THE NUMBER WHERE WE MAY CONFIDENTIALLY CONTACT YOU AND/OR LEAVE A MESSAGE / PORFAVOR MARQUE EL NUMERO DE TELEFONO DONDE PUEDAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL.

HOME PHONE/TELEFONO DE CASA	CELL PHONE / TELEFONO CELULAR	WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO	VETERAN/VETERANO YES/ SI ☐ NO/NO ☐

Agricultural Worker/ Trabajador de la agricultura YES/ SI ☐ NO/NO ☐

RACE/RAZA:
☐ AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE ☐ ASIAN ☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN ☐ MORE THAN ONE RACE
☐ WHITE ☐ NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER ☐ UNREPORTED/REFUSED TO REPORT

ETHNICITY/ETHNICIDAD:
☐ HISPANIC OR LATINO
☐ NOT HISPANIC OR LATINO
☐ UNREPORTED/REFUSED TO REPORT

☐ MARRIED / CASADO(A)
☐ SINGLE / SOLTERO(A)
☐ DIVORCED/SEPARATED / DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A)
☐ WIDOWED / VIUDO(A)

HOW DID YOU HEAR ABOUT PCC / COMO
☐ FRIEND/AMIGO ☐ FAMILY MEMBER/MIEMBRO FAMILIAR ☐ PHYSICIAN/DOCTOR
☐ INSURANCE/ASEGURANZA ☐ HOSPITAL/HOSPITAL: _____
☐ OTHER/OTHER

COMPLETE ONLY IF ABOVE IS CHILD / LLENE SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD.

PARENTS/PADRES

GUARDIAN	
MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO	
CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
DOB / FECHA DE NACIMIENTO	HOME PHONE / TELEFONO DE CASA
WORK PHONE / TELEFONO DE TRABOJO	CELL PHONE / TELEFONO CELULAR
SS NO / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYER / PATRON

RELATIONSHIP TO CHILD/ RELACION AL NIÑO: ☐ MOTHER/ MOTHER ☐ FATHER / PADRE ☐ GRANDPARENT / ABUELO(A) ☐ FOSTER PARENT / PADRES ADOPTIVOS ☐ OTHER / OTRO _____

FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S)/NUMERO EN FAMILIA Y PRUEBA DE INGRESO

FAMILY SIZE/NUMERO EN FAMILIA:

□ EMPLOYER/UNEMPLOYMENT
□ SOCIAL SECURITY
□ CHILD SUPPORT
□ OTHER: _____

YEARLY INCOME/INGRESOS AL ANO:

_____

FC SIGNATURE:

_____

DATE: _____

INITIAL IF REFUSE TO PROVIDE PROOF OF INCOME / INICIALES SI NO DECLARA PRUEBA DE INGRESO

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

EMERGENCY CONTACT NAME NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	EMERGENCY CONTACT PHONE # NUMERO DE TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA
EMERGENCY CONTACT RELATION RELACION CON EL CONTACTO DE EMERGENCIA	

PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE / FIRMA DE PACIENTE O AUTORIZADA	DATE / FECHA