

INTAKE/REGISTRATION FORM

Date/Fecha: _____

Chart No./No de Expediente: _____

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE			
1. Last Name/Apellido		First/Nombre	Middle Initial/Inicial del Segundo nombre
2. Mother's Maiden Name/Apellido Materno			
3. Sex/Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Social Security/Seguro Social	5. Birthdate/Fecha de Nacimiento	6. Age/Edad
7. Address/Dirección		Street/Calle	City/Ciudad
		Zip Code/Código Postal	
8. Home Phone/Teléfono:	11. Preferred Method of Contact?/¿Método de contacto preferido? <input type="checkbox"/> Call on Phone/Llamar por teléfono <input type="checkbox"/> Text/Texto <input type="checkbox"/> Email/Mandar correo electrónico		
9. Cell Phone/Numero de Celular	If none of these, how can we reach you?/Si ninguno de estos, ¿cómo podemos nosotros localizarle?		
10. Email Address/Correo Electrónico:			
* By answering, you are giving your consent which allows East Valley to contact you via phone calls, texting or emails./ * Contestando, usted esta dando su consentimiento el cual permite a East Valley contactarlo por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto o correo electrónico.			
12. Emergency Contact/Contacto de Emergencia:		13. Primary Language/Idioma Principal:	
Name/Nombre: _____		<input type="checkbox"/> English/Ingles	
Telephone No./Teléfono: _____		<input type="checkbox"/> Spanish/Espanol	
Relationship/Relación: _____		<input type="checkbox"/> Other/Otro: _____	
14. Is this your permanent residence?/ ¿Es este su domicilio permanente? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No (If NO, answer questions a, b, and c/Si NO, responda preguntas a, b, c.)			
a. Are you homeless?/¿Vive usted sin hogar?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
b. Are you living with family or friends?/ ¿Esta viviendo con familia o amigos?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
c. Do you live in a shelter, transitional housing?/ ¿Vive en un refugio o casa transicional?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
15. Are you a Migrant Worker?/¿Es usted un trabajador agrícola?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
16. Interpreter services needed?/ ¿Necesita servicios de interpretación?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
17. Are you a Veteran?/¿Es Usted un Veterano?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
18a. Race/Raza: Please select all that apply/Por favor seleccione todo lo que aplique			
<input type="checkbox"/> White/Blanco	<input type="checkbox"/> Asian/Asiática	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander/Nativo de Hawai o las Islas del Pacifico	
<input type="checkbox"/> Black/Afro-Americano	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native/Nativo Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Decline to State/Rehusó a contestar	
18b. Ethnicity/Pertenencia Étnica:			
I am of Hispanic or Latino origin/ Soy de origen hispano o latino		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Hispanic or Latino (All Races): A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. <i>Hispano o Latino: Persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueño, Sur y America Central, o de otro origen latino, a pesar de raza.</i>			
I am not of Hispanic or Latino origin/ No soy de origen hispano o latino		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Not Hispanic or Latino (All Races): A person not of Cuban, Mexican, Puerto Rican South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. <i>Hispano o Latino: Persona no Cubana, Mexicana, Puertorriqueño, Sur y America Central, o de otra cultura u origen latino, a pesar de raza.</i>			
19. Marital Status/Estado Civil:		21. How did you hear about East Valley?/¿Como escucho Ud. sobre nosotros?	
<input type="checkbox"/> Single/Soltero/a	<input type="checkbox"/> Married/Casado/a	<input type="checkbox"/> Internet Specify website/ Website especifique: _____	
<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Widowed/Viudo/a	<input type="checkbox"/> Friend/Amigo/a	
20. Would you like information about Advanced Directive?/ ¿Gustaría información sobre la Directiva de anticipación? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Family Member/Miembro de Familia	
		<input type="checkbox"/> Flyer/Panfletos	
		<input type="checkbox"/> Outreach Worker	
		<input type="checkbox"/> Mall Advertising/Mall Advertising	
		<input type="checkbox"/> School/Escuela	
		<input type="checkbox"/> Other (specify)/Otro (especifique): _____	
FINANCIAL /INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE SUS INGRESOS Y SEGURO MEDICO			
22. Family Size?/¿Cuantos en la familia?			
23. Family's Monthly Income/Ingresos Mensuales:			
24. Responsible Party's Employer/Trabajo de la Persona Responsable:			
25. Address and Phone No. of Employer/Dirección y Teléfono de su Trabajo:			

Renewal Date: _____ Intake Initial: _____

INTAKE/REGISTRATION FORM

26. Does Patient have/*El Paciente tiene:*

Medi-Cal

Yes/*Si* No

Number/*Numero:* _____

Healthy Families

Yes/*Si* No

Number/*Numero:* _____

Medicare

Yes/*Si* No

Number/*Numero:* _____

Other Insurance/*Otro Seguro* Yes/*Si* No

Name/*Nombre:* _____

Policy No./*No de Póliza:* _____

Patient/Parent or Guardian Name (please print) /
Nombre de Padre o Guardián (por favor escriba su nombre)

Patient/Parent or Guardian Signature (please sign) /
Paciente/Firma de Padre o Guardián (por favor firme con su nombre)

Office Use Only:

Level: I II III

Renewal Date: _____ Intake Initial: _____