



Registration Form

DEMOGRAPHICS						
Last name:		First:		Middle:		
Preferred name:		Name at birth or other names:				
Sex(legal):	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Nonbinary	<input type="checkbox"/> X		
Gender Identity:	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> M to F	<input type="checkbox"/> F to M	<input type="checkbox"/> Other: _____	
Birth date: (month/date/year)			Social Security Number:			
Street address:						
City:			State:		ZIP Code:	
Mailing address: (if different from your home address)						
City:			State:		ZIP Code:	
Cell Phone:		Home Phone:		Work Phone:		Other:
Do we need to contact you at a different mailing address, phone number, or through an alternate method for confidential issues? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, _____						
Marital Status: <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Other: _____						
What is your primary language?			Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Ethnicity:			Race: (mark all that apply)			
<input type="checkbox"/> Hispanic			<input type="checkbox"/> Asian			
<input type="checkbox"/> Non-Hispanic			<input type="checkbox"/> Black/ African American			
<input type="checkbox"/> Patient Refused			<input type="checkbox"/> Alaskan Native			
			<input type="checkbox"/> American Indian			
			<input type="checkbox"/> White			
			<input type="checkbox"/> Native Hawaiian			
			<input type="checkbox"/> Pacific Islander			
			<input type="checkbox"/> Other: _____			
LOCAL EMERGENCY CONTACT						
Name:			Relationship:			
Phone:			Alternate Phone:			
Legal Guardian? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
GUARANTOR (person responsible for payment)						
Last name:		First:		Middle:		
Last Name at Birth:		Date of Birth: (month/date/year)				
Billing Address:						
City:			State:		ZIP Code:	
Relationship:						



Formulario de Registro

DEMOGRAFÍA					
Apellido Paterno:		Nombre:		Segundo Nombre o Inicial:	
Preferred name:			Otros Nombres Usados:		
Sexo (legal):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> X	
Identidad de genero:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> M to F	<input type="checkbox"/> F to M	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)			Número Seguro Social:		
Dirección Física:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Dirección Postal: (si es diferente a la de arriba)					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Número de teléfono celular:			Número Teléfono Hogar:		
Número Teléfono Trabajo:			Otro:		
¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Cuál es su lenguaje principal?			¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad:			Raza Marque: (todos los encasillados que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Hispano			<input type="checkbox"/> Asiático		
<input type="checkbox"/> No Hispano			<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano Etnicidad		
<input type="checkbox"/> Paciente se nego			<input type="checkbox"/> Ingídena de Alaska		
			<input type="checkbox"/> Indígena Americano		
			<input type="checkbox"/> Blanco		
			<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii		
			<input type="checkbox"/> Nativo Islas del Pacífico		
			<input type="checkbox"/> Otro: _____		
CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL					
Nombre:			Relación:		
Número de teléfono celular:			Número Teléfono Hogar:		
¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
FIADOR (Persona que se responsabiliza a pagar)					
Apellido Paterno:		Nombre:		Segundo Nombre o Inicial:	
Apellido de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)			
Dirección Postal:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Relación:					