



**SAMUEL DIXON FAMILY HEALTH CENTERS, INC.
PATIENT REGISTRATION FORM**

Please note that the following information is confidential and is used only for our health center statistics.

PATIENTS NAME: _____

ADDRESS: _____

City State Zip

1. Telephone No. _____ D.O.B. _____ Sex _____
2. Single _____ Married _____ Divorced _____ Widowed _____ Other _____
3. Emergency or Message Phone No: _____ E-mail: _____ SS # _____
4. Gender of the Head of your Household: _____ Male _____ Female
5. What is the Head of your Household's Occupation _____ Your Occupation: _____
6. Are you a Migrant Worker? Yes___ No___ 7. Do you consider yourself to be homeless? Yes___ No___
8. Do you consider yourself to be disabled (mentally or physically)? Yes___ No___
9. Advanced Directive? Yes___ No___ Information Offered? Yes___ No___
10. Do you consider yourself to have limited English proficiency? Yes___, translator needed. No___

Racial Background

Mark X next to all that apply

Single Categories

- _____ American Indian / Alaska Native
- _____ Asian
- _____ Black / African American
- _____ Native Hawaiian / Other Pacific Islander
- _____ White

Double Categories

- ___ American Indian or Alaska Native AND White
- ___ Asian AND White
- ___ Black or African American AND White
- ___ American Indian or Alaska Native AND Black or African American

_____ **Declines to state**

Ethnic Background

Please check

Are you Hispanic/Latino?

- _____ Yes
- _____ No

11. Person responsible for payment: _____
12. Your principal Health Insurance Coverage: _____
13. Relationship to Insured: Self _____ Spouse _____ Child _____ Other _____

I certify under penalty that my income is \$_____ per month for my entire family and that there are _____ dependents including myself living in the home. As proof of income I will provide the health center with up to three of the most recent check stubs or a copy of my last year's income tax return.

I certify that the above information is true and accurate and that supporting documentation can be provided upon request.

Authorization: I hereby authorize Samuel Dixon Family Health Centers to furnish information to insurance carriers concerning this illness/accident, and hereby assign to the health center all payment for medical services.

I understand that I am responsible for all the charges whether or not covered by my insurance.

Applicants Signature

Date

A B C D E F G H I J U



CENSUS TRACT _____

CHART NO. _____

**SAMUEL DIXON FAMILY HEALTH CENTERS, INC.
FORMA DE REGISTRO**

Esta información es confidencial y es para el uso de la clínica solamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

Ciudad Estado Código Postal

1. Número de Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

2. Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Divorciado (a) _____ Viudo (a) _____ Otro _____

3. Numero en Caso de una Emergencia: _____ E-mail: _____

Número de Seguro Social: _____

4. Género del responsable del hogar: _____ Masculino _____ Femenino

5. Ocupación del responsable del hogar: _____ Su Ocupación: _____

6. ¿Trabaja usted como trabajador migrante? Si _____ No _____

7. ¿Se considera usted sin domicilio? Si _____ No _____

8. ¿Se considera usted deshabilitado (a) (física o mental)? Sí _____ No _____

9. ¿Directivas Anticipadas? Si _____ No _____ ¿Información ofrecida? Sí _____ No _____

10. ¿Necesita ayuda para comunicarse en Inglés? Sí _____ intérprete necesario. No _____

Raza:

Marque un "X" para toda opción que aplique

- _____ Indio(a) Indígena o Nativo (a) de Alaska
- _____ Negro(a)/Africano Americano(a)
- _____ Nativo (a) de Hawái o las islas del Pacífico
- _____ Asiático (a)
- _____ Blanco (a)

Grupo Étnico:

¿Está Ud. Hispano (a)/Latino (a)?

- _____ Si
- _____ No

Categoría Doble

- _____ Indio(a) Indígena o Alaska indígena y Blanco
- _____ Negro o Africano Americano y Blanco
- _____ Asiático y Blanco
- _____ Indio(a) Indígena o Alaska indígena y Negro o Africano Americano

_____ No quiero responder

11. Persona responsable del pago: _____

12. El Nombre de su principal Aseguraza Médica: _____

13. Parentesco al Asegurado: Usted mismo _____ Esposo (a) _____ Hijo (a) _____ Otro _____

Estoy declarando bajo pena de perjurio que mi ingreso mensual es \$ _____ en total para mi familia donde hay _____ dependientes incluyendo yo mismo viviendo en casa. Como prueba de mis ingresos yo les puedo demostrar los ultimos tres talones de cheques o una copia de mi última declaración de impuestos.

Yo declaro que la informacion que le he dado es correcta. Puedo verificar con documentos cuando sea necesario.

Autorización: Yo autorizo al Centro de Salud Familiar Samuel Dixon que entregue información a la a seguridad medica, respecto a enfermedad/accidental, y yo declaro asignar a la clínica todo pago por servicios medicos.

Y entiendo que soy responsable de todos los pagos, aunque esten cubiertos por el seguro medico.

Firma de Apicante

Fecha

A B C D E F G H I J U