



# Sixteenth Street

COMMUNITY HEALTH CENTERS

PATIENT INFORMATION					
Patient's First Name		Middle Initial	Last Name		Suffix
SSN	Sex	DOB	Age	Marital Status	
Race <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic-White <input type="checkbox"/> Hispanic-Black <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other:					
Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic		Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:			
Employment Status	Employer Name		Work Phone	Is patient a veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Address		City	State	ZIP Code	
Home Phone		<input type="checkbox"/> Primary # <input type="checkbox"/> Alternate #	Mobile Phone	<input type="checkbox"/> Primary # <input type="checkbox"/> Alternate #	
Email			PCP		
How did you hear about the Sixteenth Street Community Health Center? <input type="checkbox"/> Walk In <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Other:					
INSURANCE COVERAGE					
(Please present insurance card if new)					
Primary Insurance Plan Name				<input type="checkbox"/> No insurance	
Secondary Insurance Plan Name					
BILLING INFORMATION					
First name of person/guarantor responsible for bill		Middle Initial	Last Name		Suffix
SSN	Sex	DOB	Is guarantor a patient here? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Billing address		City	State	ZIP Code	
HOUSEHOLD INCOME					
Income period <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual		Income amount per period: \$		# supported in household:	
EMERGENCY INFORMATION					
Name of local relative or friend (not living at same address)		Relationship to patient	Emergency contact phone		
Name of Doctor (if not a 16th Street Clinic Provider)			Office Phone		
PARENT/GUARDIAN					
Parents name if patient is a minor		Parent's phone		Is parent a patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
The above information is true to the best of my knowledge.					
Patient/Guardian signature X				Today's Date	





# Sixteenth Street

COMMUNITY HEALTH CENTERS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Nombre del paciente		Inicial	Apellido		Sufijo	
SSN	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil		
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro Africano <input type="checkbox"/> Hispano-Caucásica <input type="checkbox"/> Hispano-Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otros:						
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:				
Estado de empleo	Nombre del empleador		Teléfono del trabajo		¿Es un veterano de paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal		
Teléfono particular		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo	Teléfono móvil		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo	
Correo electrónico			PCP			
¿Cómo se enteró de la clínica Street Community Health Center? <input type="checkbox"/> Caminar en <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otros :						
COBERTURA DE SEGURO						
(Por favor presentar carnet de seguro si nueva)						
Nombre del Plan de seguro primario					<input type="checkbox"/> Sin seguro	
Nombre del Plan de seguro secundario						
INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN						
Nombre de la persona/garante responsable del proyecto de ley		Inicial	Apellido		Sufijo	
SSN	Sexo	Fecha de nacimiento	¿Es garante de un paciente aquí?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de facturación		Ciudad	Estado	Código postal		
INGRESOS DE LOS HOGARES						
Período de ingreso <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		Importe de ingresos por período:	\$	Numero de personas que apoya en el hogar:		
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA						
Nombre del pariente o amigo (que no viven en la misma dirección)		Relación con el paciente	Teléfono de contacto de emergencia			
Nombre de doctor (si no es de la Clínica 16)				Teléfono		
PADRE/TUTOR						
Nombre de los padres si el paciente es menor de edad		Teléfono del padre		¿Es padre del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento.						
Firma:			Fecha:			