

Patient Application/ Aplicación al paciente

Full Name/Nombre completo: _____

Preferred Name/nombre preferido _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ **Age/Edad:** ____ **Gender/Género** M F

Social Security #/ de Seguro Social número de identificación fiscal de la tarjeta verde: _____

Street Address/Dirección _____

County/Condado de: _____

City/ Ciudad: _____ **State/Estado:** _____ **Zip/ Código Posta:** _____

Phone/Teléfono: _____ **Secondary Phone/Teléfono Secundario:** _____

Email: _____

Emergency Contact/Nombre del contacto de emergenci

Name/Nombre _____ **Phone/Teléfono** _____

Relationship to you?/¿Relación contigo? _____

Circle Marital Status: Single Married Divorced Widowed Separated

Círculo Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Circle Ethnicity White African American Hispanic Native American Asian Other _____

Etnia del círculo Blanco Afroamericano Hispano Native americano Asiático Otro _____

Are you a Veteran Yes No **US Citizen** Yes No **US Resident** Yes No
Eres una veterano Si No **Ciudadano de los Estados Unidos** Si No **Residente de EE. UU** Si No

Employment Status Part Time Season Unemployed Retired Full Time
Situación Laboral Tiempo Parcial Estacional Desempleado Jubilado Tiempo Completo

Occupation/ Ocupación: _____ **Employer/ Empleador:** _____

Are you any of the following? Homeless Living in Shelter Home Insecure Not of these

¿Eres alguno de los siguientes? Sin hogar Viviendo en un refugio Hogar inseguro Ninguna de estas
Elementary High School/GED Some College College Graduate

Highest Education Level Achieved: _____
Master's Degree Doctorate
Nivel educativo más alto alcanzado: Primaria Secundaria/GED Algunos estudios universitarios
Graduado universitario Maestría Doctorado

Primary Language: English / Spanish / Other: _____ **Interpreter needed?** Yes / No

Idioma principal: Inglés / Español / Otro: _____ **Se necesita intérprete?** Sí / No

Do you have medical insurance? Yes / No If yes, insurance company: _____

If yes, do you have a co-pay or deductible: Yes / No If yes, how much?: _____

En caso afirmativo, ¿tiene un copago o deducible? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuánto?: _____

Do you have a regular doctor? Yes / No _____ If yes, who? _____

¿Tienes un médico de cabecera? Sí / No _____ En caso afirmativo, ¿quién?

When was your last physical exam/ ¿Cuándo fue el último examen físico? _____

Do you see a mental health counselor? Yes / No If yes, who? _____

¿Acudes a un consejero de salud mental? Sí / No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Circle any that you receive? SSI or Disability / Families First / Unemployment / None of these

¿Encierra en un círculo alguno de los que recibas? SSI o Discapacidad / Las Familias Primero / Desempleo / Ninguna de estas

Patient Name: _____ **DOB** ____/____/____

What is your yearly income/ ¿Cuáles son sus ingresos anuales? Menos de?

Under \$10,000 / \$10,000-\$14,999 / \$15,000-\$19,999 / \$20,000-\$24,999 / \$25,000-\$29,999 / \$30,000 or higher/ o más

How many people are in the home/¿Cuántas personas hay en la casa? _____ Adults/Adultos _____ Children/ Niños

Which of the following health problems does your mother, father, sister, or brother have/had? ¿Cuál de los siguientes problemas de salud tiene o ha tenido su madre, padre, hermana o hermano?

Heart disease/ Enfermedad cardíaca High blood pressure/ Presión arterial alta Pre-diabetes Diabetes
Cancer Depression/ Depresión Mood disorders / Trastornos del estado de ánimo

Do you have allergies to any medications or foods? Yes / No

¿Tienes alergias a algún medicamento o alimento? Sí / No

If yes, please list medicine/food allergen(s) and describe your reaction/ En caso afirmativo, haga una lista de los

medicamentos/alérgenos alimentarios y describa su reacción:

Circle Childhood Illness you have had/ Encierre en un círculo la enfermedad infantil que ha tenido..

Chicken Pox/varicela Measles/ sarampión Mumps/ paperas Polio/ poliomiелitis
Rheumatic Fever/ fiebre reumática Rubella/rubéola Scarlet Fever/ escarlatina Other/ otras _____

Did you receive routine childhood immunizations required to attend school? Yes / No

List Hospitalizations: (Include location)/ Lista de Hospitalizaciones: (Incluya la ubicación

Past Surgeries Cirugías anteriores: (Include procedure and year/(Incluya procedimiento y año):

Patient Name: _____ **DOB** ____/____/____

Please read the list below and circle any health conditions that you have or have had/Por favor, lea la lista a continuación y marque con un círculo cualquier condición de salud que tenga o haya tenido::

Anxiety/Aniedad	Epilepsy or Seizures/Epilepsia o convulsiones	Lung Disease/Enfermedad pulmonar
Arthritis/Aniedad	Gerd or Acid Reflux/ERGE o Reflujo acido	Migraines/Migrañas
Blood Clot/Aniedad	Heart Attack MI/Ataque Cardíaco attack	Mood Disorder/Trastorno del estado de ánimo
Cancer/Aniedad	Heart Failure/Insuficiencia Insuficiencia heart	Nerve Disease/Enfermedad nerviosa
Decreased Hearing/Aniedad	High Blood Pressure/Hipertensión B Hipertensión bloodB	Stroke or TIA/Accidente cerebrovascular o AIT
Decreased Vision/Aniedad	High Cholesterol/Colesterol C Colesterol highC	Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroides
Depression/Aniedad	Kidney Disease/Enfermedad kidney	Ulcer/Úlcera
Diabetes or Pre-diabetes/Aniedad	Insomnia/Insomnio	Other _____/Otr _____

Do you use/¿Consume?

Alcohol Yes No	If yes, how often / En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	_____
Tobacco Yes No	If yes, how many per day / En caso afirmativo, ¿cuántos al día?	_____
Recreational Drugs/ Drogas recreativas Yes No	If yes, how often/what types / En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia/qué tipos?	_____

Please list all medications, vitamins, supplements, or over the counter products you currently take:

Enumere todos los medicamentos, vitaminas, suplementos o productos de venta libre que toma actualmente:

Medication Name and Strength Nombre y concentración del medicamento	How Often? ¿Con qué frecuencia?	Reason you take medication Razón por la que toma medicamentos

Immunizations	Date	Date	Date
COVID-19			
Influenza			
Pneumococcal			

The information I have provided on this form and true and correct to the best of my knowledge. I realize if I make any false statements I may be dismissed from the program without warning.

Signature _____ Date: _____