

**Community Clinic, Inc
Patient Information Form
Informacion de Paciente**

Annual Update Required/ Registro del Paciente

Please Print/ Por Favor, escriba en letra imprenta

Patient Name/Nombre deL Paciente			Date of Birth/Fecha de Nacimiento
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Last/Apellido	First/Primer	M Initial/Mid	Marital Status/Estado Civil

Ethnic Origin/Origen Etnico	Home Phone Number Numero de Telefono
<hr/>	<hr/>
<input type="checkbox"/> Caucasian/Blanco <input type="checkbox"/> Black/Negro <input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano <input type="checkbox"/> Asian/Asiatico <input type="checkbox"/> Other/Otro	

Sex/Sexo	Primary Language/Idioma Primario	Birthplace/Lugar de Nacimiento	Social Security Number Numero de Seguro Social
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
M F			

Address/Direccion				
<hr/>				
Street/Calle	Apt./Apto.	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Codigo Postal

Occupation/Employer Ocupacion/Empleador	Work Phone/Telefono de Trabajo
<hr/>	<hr/>
Have you ever served in US military Yes No	

If patient is less and 18 years of age, parent or guardian name Si el paciente es menor de edad, nombre de los padres o guardian	How many members in your household?(including the patient)_____
<hr/>	<hr/>
	Cuantos miembros en su casa? incluyendo el paciente _____

Please mark the correct line that best describes your household situation: Por favor marque la linea que corresponde a su situacion de vivienda:	
<input type="checkbox"/> Own/Dueno	<input type="checkbox"/> Live with another family and do not pay rent/Vive con otra familia y no paga renta
<input type="checkbox"/> Rent/Renta	<input type="checkbox"/> Shelter/Albergue o shelter
<input type="checkbox"/> Street/Vive en la calle	<input type="checkbox"/> Live with family member and do not pay rent/Vive con alguien de su familia y no paga renta

Emergency Contact /Persona para contactar en caso de emergencia	Relationship/Parentesco	Phone Number/Numero de Tel.
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Patient/Parent/Guardian Signature Firma del Paciente/Padre/Guardian	Date/Fecha
<hr/>	<hr/>