

SPANISH VERSION - SBHC PATIENT REGISTRATION

<p>Escuela: _____</p>	<p>Grado: _____ Fecha: _____</p>
<p>Nombre completo : Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____</p> <p>How can we get a message to you? <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Teléfono residencial <input type="radio"/> MyChart</p>	<p>Fecha de nacimiento: _____ El # de seguro social: _____ Otro ID #: _____ Sexo Asignado al Nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Raza (escoja lo correspondiente): <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino</p> <p>Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> oOro Necesita interprete: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Padres/ Guardian legal:</p> <p>Nombre: _____ Cómo se relacionan? _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____</p>	<p>Contacto de Emergencia:</p> <p>Nombre: _____ Cómo se relacionan? _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____</p> <p>Nombre: _____ Cómo se relacionan? _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____</p>
<p>Sin hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> No sin hogar actualmente, pero si en los 12 ultimos meses <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> En riesgo de quedar sin hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar refugio desconocido <input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio <input type="checkbox"/> Viviendo con otros <input type="checkbox"/> Viviendo en la calle, campamento o puente <input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio</p> <p>Condición temporal del trabajador agrícola migrante (MSFW) <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> de Estación <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Tienes un doctor o proveedor de cuidado de salud? <input type="checkbox"/> Si, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tienes Dentista? <input type="checkbox"/> Si, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tienes Oculista? <input type="checkbox"/> Si, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Clackamas County School Based Health Centers SBHC Patient Registration Shred After Entering into EPIC</p>	<p>Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____</p>