



Public Health Center – Patient Information Form

Please complete all information requested below, so we can contact you if you need additional tests or treatment, or you miss your appointment



Patient Name: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Other Name Used: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Birth Date: ____ - ____ - ____ **Gender:** Male Female Transgender Other
Month Day Year

Housing Status: Not Homeless Homeless: Staying at a shelter or transitional housing: _____
 Homeless: Temporary indoor situation (abandoned building, shed, etc.) Shelter/Transitional Housing Name
 Homeless: Use of hotel/motel voucher
 Homeless: Living outside (sleeping outdoors, tent, etc.)
 Homeless: Staying with family/friend (sleeping on couch, sofa, etc.)
 Homeless: Other (specify): _____

Current Address: _____
Street (if homeless, state cross streets & city) Apt. # City State Zipcode

Home Phone: (____) _____ **Other contact #:** (____) _____
Cell / Pager (circle)

Mother's Maiden Name: _____ **E-mail: (optional)** _____

Place of work/school: _____ **Work Phone:** (____) _____

Birth Place: CA Other State (specify) _____ Other Country (specify) _____

Social Security #: ____ - ____ - ____ **Medi-Cal #:** _____ **Medicare #:** _____

Insurance Status: Patient covered by health insurance uninsured

Primary Insurance: _____
Insurance Company Name Address Policyholder Group No.

Policyholder/Patient Relationship: Spouse Child Self Other

Patient Marital Status: Married Single Divorced Separated Domestic Partnership Widowed

Spouse/Partner Name: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Race/Ethnicity: White Black Hispanic Native American/Eskimo/Aleut Asian
 Native Hawaiian / Pacific Islander Filipino Unknown Other

Preferred Language:
 English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Tagalog Armenian Cambodian
 Russian Farsi Other (specify) _____ **Prefers American Sign Language**

Mother's Full Name: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Father's Full Name: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Person to Notify in Case of Emergency

Relationship: _____
Last First MI Jr/Sr I II III

Parent
 Guardian
 Spouse
 Domestic Partner
 Brother / Sister
 Friend
 Other

Street Address Unit # City State Zipcode

Phone: (____) _____ **Cell/Work:** (____) _____

(office use only)

PF#: _____ **Date:** _____ **Updated on:** _____ **CAIR #:** _____



Centro de Salud Pública – Forma Para Información Del Paciente
 Favor de completar toda la información solicitada para que podamos contactarlo/a en
 dado caso de que necesite exámenes adicionales o tratamiento, o si falta a su cita.



Nombre del paciente: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Otro nombre usado: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ **Sexo:** Hombre Mujer Transgenero Otro
 Mes Día Año

Estado de Vivienda: No estoy desamparado/a Desamparado: Estoy en un albergue: _____
 Desamparado: Viviendo temporalmente dentro de un lugar provisional (edificio abandonado, tejadillo, etc.) Nombre del albergue
 Desamparado: Usando cupón para quedarse en hotel/motel por noche
 Desamparado: Viviendo afuera (durmiendo afuera, carpa, etc.)
 Desamparado: Viviendo temporalmente con familiares, o amigos/as (durmiendo en un sofa, etc.)
 Desamparado: Otro (especifique) _____

Dirección actual: _____
 dirección (si desamparado, en que esquina y ciudad esta) # de apt Ciudad Estado Código postal

Numero telefónico de casa: (____) _____ **Otro # de contacto:** (____) _____
 Numero celular o de beeper (circulé)

Apellido de soltera de su mama: _____ **Correo electrónico (opcional):** _____

Lugar de trabajo/escuela: _____ **Numero telefónico de trabajo:** (____) _____

Lugar de nacimiento: CA Otro Estado (especifique) _____ País de Origen (especifique) _____

Seguro Social #: ____ - ____ - ____ **Numero de Medi-Cal:** _____ **Numero de Medicare:** _____

Cobertura médica: Si, tengo seguro médico No tengo seguro médico

Seguro Primario: _____
 Nombre de la Compañía de Seguro Dirección Nombre del Asegurado Numero del Grupo

Relación al Asegurado: Esposo/a Hijo/a Yo Mismo Otro

Estado Civil del Paciente: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Pareja doméstica Viudo/a

Nombre de Esposo/a/Pareja: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Raza/Etnia: Blanco Negro Hispano Indio Americano/Eskimo/Aleut Asiático
 Hawaiano Nativo / Isla del Pacifico Filipino Desconocido Otro

Idioma preferido:
 Inglés Español Cantonese Mandarin Vietnamés Koreano Tagalo Armenio Camboyano
 Ruso Persa/Farsi Otro (especifique) _____ Prefiero Lenguaje de señas americano

Nombre completo de su mama: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Nombre completo de su papa: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Persona a notificar en caso de emergencia

Parentesco: _____

Padre/Madre _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Esposa/o
 Tutor
 Pareja Doméstica _____
 Dirección # de Apt Ciudad Estado Código postal

Hermano/a
 Amigo/a
 Otro **Teléfono:** (____) _____ **Cellular/trabajo:** (____) _____

(office use only)

PF#: _____ **Date:** _____ **Updated on:** _____ **CAIR #:** _____