



2019 ANNUAL REGISTRATION UPDATE

Dear Patient: In order to provide you with the best care possible, we require each patient's information to be updated on an annual basis. Please review the following information and turn in your completed form to the front desk associate. We appreciate your cooperation and thank you for choosing Hurtt Family Health Clinic for your healthcare needs.

1. **Patient Name** (First and Last): _____

2. **Date of Birth** (mm/dd/yyyy): _____

3. **Please check the box that best describes your general health:**

EXCELLENT GOOD FAIR POOR

4. **Please provide us with your most current information:**

Mailing Address: _____

Phone Number: _____

Email Address: _____

Living Arrangements: (please check one)

<input type="checkbox"/> Shelter (safe havens, temporary overnight housing, armories) <input type="checkbox"/> Transitional (center, community, home) <input type="checkbox"/> Other (hotel, motel, day-to-day single room occupancy)	<input type="checkbox"/> Doubling Up (living with other people for a temporary period and move often) <input type="checkbox"/> Street (sidewalk, car, park, doorway, public or abandoned building)	<input type="checkbox"/> Permanent Residence (own, rent apartment/room/house)
--	---	--

5. **Gender Identity:**

Male Transgender Male/Female-to-Male Other: _____
 Female Transgender Female/Male-to-Female Choose Not to Disclose

6. **Sexual Orientation:**

Straight Bisexual Don't Know
 Lesbian or Gay Other: _____ Choose Not to Disclose

7. **Health Insurance:**

Medicare Medi-Cal None Other: _____

I acknowledge that I have filled out the included information to the best of my abilities and understand that if any of my information changes or needs to be updated, that I will inform Hurtt Family Health Clinic.

Signature (Patient or Authorized Person)	Date	Relationship, if not patient
---	-------------	-------------------------------------



ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL REGISTRO 2019

Estimado Paciente: Con el fin de brindarle el mejor cuidado posible, requerimos que la información de cada paciente sea actualizada anualmente. Por favor, revise la siguiente información y entregue su formulario completado al asociado de la recepción. Agradecemos su cooperación y le agradecemos haber elegido la Clínica de Salud Familiar Hurtt para sus necesidades de atención médica.

1. **Nombre del paciente** (Nombre y Apellido): _____
2. **Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa): _____
3. **Marque la casilla que mejor describa su estado de salud:**
 EXCELENTE BUENO REGULAR DEFICIENTE_
4. **Por favor proporciónenos su información más actualizada:**
 Dirección: _____

 Teléfono: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Vivienda: (marque una casilla)

<input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares) <input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar) <input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo) <input type="checkbox"/> Callejera (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)	<input type="checkbox"/> Residencia permanente (propia, departamento/habitación/casa en alquiler)
--	---	--

5. **Identidad de género:**
 Masculino Transexual masculino/femenino a masculino Otro: _____
 Femenino Transexual femenino/masculino a femenino Prefiero no responder
6. **Orientación sexual:**
 Heterosexual Bisexual No sé
 Homosexual Otro: _____ Prefiero no responder
7. **Seguro de salud:**
 Medicare Medi-Cal Ninguno Otro: _____

Reconozco que he llenado la información incluida con la mejor de mis habilidades y entiendo que si algo de mi información cambia o necesita ser actualizado, informaré a Hurtt Family Health Clinic.

Firma (Paciente o Persona Autorizada)	Fecha	Relación, si no es el paciente