HURTT family health CLINIC

2020 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)

☐ **Shelter** (safe havens, temporary overnight housing, armories) ☐ **Transitional** (center, community, home) ☐ **Other** (hotel, motel, day-to-day single room occupancy)	☐ **Doubling Up** (living with other people for a temporary period and move often) ☐ **Street** (sidewalk, car, park, doorway, public or abandoned building)	☐ **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**

Revised 12.31.2019

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL REGISTRO 2020

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)

☐ **Albergue** (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares) ☐ **Transitoria** (centro, comunidad, hogar) ☐ **Otra** (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)	☐ **Vivienda compartida** (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo) ☐ **Callejera** (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)	☐ **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**