

Unicare Clinic Patient Registration

Clinic/Pt. Reg., April 2016

Patient Name: _____
Last First Middle

Address: _____
Street Apt. # City Zip

Phone #: _____
Home Work Cellular

Do you have a **Social Security Number?** Yes No Social Security Number: _____
 Is your Social Security # for employment only? Yes No Email Address: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: Male Female
Month / Day / Year

Living Situation: Own Rent Motel/Hotel Car/Vehicle Halfway House/Shelter Homeless Shelter

Transitional Street Permanent Supportive Housing Other **Are you a Veteran?** Yes No

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed Domestic Partner

Are you disabled? Yes No **Smoke?** Yes No **Sexual orientation** Lesbian/Gay Straight
 Bisexual Do not wish to disclose

Ethnicity: Non Latino /Hispanic Latino/Hispanic **Race:** White African American Asian American Indian Pacific Islander
 Other Native Hawaiian

Gender Identity: Male Female Transgender Male Transgender Female Do not wish to disclose

Education level completed: Less than high school graduate Some College/Associate's Degree
 High school graduate Bachelor's degree or higher

What language should your information be provided in? _____

How well do you understand English? Very well Moderate Very little None

Do you have any allergies? _____

Friend or Relative to Contact In Case of Emergency: _____
Name Relationship Telephone #

If minor, mother's name: _____ If minor, father's name: _____

How did you hear of the Clinic? _____

1. Do you have health insurance? Yes No If YES, with what company are you insured? _____
 2. Do you have dental insurance? Yes No If YES, with what company are you insured? _____
 3. Do you have Medi-Cal? Yes No Have you applied? Yes No Policy Number? _____
 4. Does your child (patient) have CHDP? Yes No 5. Do you have FPACT? Yes No

I understand that my medical/dental information is confidential. I authorize the exchange of information between Unicare and any other providers or organizations only as necessary for treatment, payment or health care operations purposes. Patient rights and confidentiality policies are posted in our waiting room and copies are available on request.

I hereby authorize treatment by Unicare. Yes No Initials _____

The exchange of information may include treatment for:
 Alcohol or drugs Yes No Initials _____ Psychiatric drugs Yes No Initials _____

Adequate numbers of radiographs are required for proper diagnosis. I consent to performing radiographs as needed for my dental treatment: Yes No Initials _____

Patient Signature or guardian (if minor): _____ **Date** _____
 Name and relationship (if not patient)

Clínica Unicare Inscripción de Paciente

Clínica/Pt. Reg., April 2016

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: _____
Calle Apto # Ciudad Código Postal

Numero Telefónico: () _____ () _____ () _____
Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de Seguro Social? Si No Número de Seguro Social _____
 ¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar? Si No Correo electrónico: _____
 ¿Está usted en los EEUU con Visa? Si No Visa de turista Visa con respaldo financiero

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes / Día / Año

Situación de vivienda: Dueño de casa Renta Motel/Hotel Caro/Vehículo Casa Intermedia/Refugio Refugio sin hogar

Transicional En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro ¿Es usted Veterano? Si No

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Unión Libre Viudo

¿Es usted capacitado? Si No Fuma? Si No **Orientación sexual:** Lesbiana/Gay Heterosexual
 Bisexual Deseo no revelar

Grupo Étnico: No-Latino /Hispano Latino/Hispano **Raza:** Caucásico Afro-Americano Indio Americano Isleño Pacífico Asiático
 Nativo de Hawái Otro

Identidad de género: Masculino Femenino Transexual Masculino Transexual Femenino Deseo no revelar

Nivel de educación terminado: No terminó preparatoria Certificado técnico o equivalente
 Se graduó de preparatoria Título universitario o superior

¿En qué idioma desea usted que le proporcionen información? _____
 ¿Cómo entiende o habla el inglés? Muy Bien Moderado Muy Poco Nada

¿Tiene Alergias? _____
 Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia: _____ () _____
Nombre Parentesco Numero Telefónico

Si menor de edad, nombre de Madre _____ Si menor de edad, nombre de Padre _____
 ¿Cómo escucho de la Clínica Unicare? _____

1. ¿Tiene usted seguro médico? Si No ¿En caso afirmativo, con quién? _____
 2. ¿Tiene usted seguro dental? Si No ¿En caso afirmativo, con quién? _____
 3. ¿Tiene usted Medi-Cal? Si No ¿Ha aplicado? Si No Número de Póliza _____
 4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP? Si No 5. ¿Tiene FPACT? Si No

Yo entiendo que mi información médica/dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre la clínica Unicare y de cualquier otro proveedor o organización sólo cuando es necesaria para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Los derechos de pacientes y las políticas de confidencialidad serán echas públicas en la sala de espera y las copias estarán disponibles bajo petición.

Yo autorizo tratamiento en la clínica Unicare. Si No Iniciales _____

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcoholismo o drogas Si No Iniciales _____

Problemas psiquiátricos Si No Iniciales _____

Si se requiere un número adecuado de radiografías para el diagnóstico,

Doy consentimiento para que se tomen radiografías para tratamiento dental: Si No Iniciales _____

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Fecha:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente) _____