



Last Name/Apellido Paterno		First Name/Primer Nombre		Middle Name/Segundo Nombre	
Social Security Number/Número de seguro social		Birth Date/Fecha de nacimiento		Sex Assigned at Birth/ Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
What is your current gender identity? Check ALL that apply ¿Cuál es su identidad de género actual? Marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Transgender Male/Trans Man/FTM -Transgénero hombre/hombre <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender Female/Trans Woman/MTF- Mujer transgénero mujer/Trans			What is your preferred name and what pronouns do you prefer? ¿Cuál es tu nombre preferido y qué pronombres prefieres? _____ <input type="checkbox"/> He/Him <input type="checkbox"/> She/Her		
Mailing Address/Dirección postal		City/Ciudad		State/Estado	Zip/Código postal
Home Address (if different)/Domicilio (si es distinto)		City/Ciudad		State/Estado	Zip/Código postal
Which county do you live in?/¿En qué condado vive? <input type="checkbox"/> Los Angeles <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		Requested Pharmacy/Farmacia			
Contact Information/Información de contacto (Check if primary phone/Marcar si es número principal): <input type="checkbox"/> Home Phone/Teléfono de la casa: _____ <input type="checkbox"/> Cell Phone/Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Ok to Text Message?/ ¿OK a mensaje de texto? Y/N: _____ <input type="checkbox"/> Day Phone/Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> Alternate Phone Number(s)/Teléfono(s) alterno(s): _____ <input type="checkbox"/> E-mail Address/Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Emergency Contact/Contacto de emergencia: Name/Nombre: _____ Relationship/Relacion: _____ Phone/Teléfono: _____		What language do you usually speak? ¿Qué idioma habla generalmente? <input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other Do you use an interpreter?/¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
		Marital Status/Estado Civil		Sexual Orientation/Sexual Orientacion	
		<input type="checkbox"/> Single/Soltero (a)		<input type="checkbox"/> Lesbian or Gay/Lesbiana o gay	
		<input type="checkbox"/> Married/Casado (a)		<input type="checkbox"/> Straight (not lesbian or gay)	
		Spouses Name/Nombre de su Pareja:		<input type="checkbox"/> BiSexual/ de bi sexual	
		<input type="checkbox"/> Life partner/Pareja		<input type="checkbox"/> Something else/algo mas	
		<input type="checkbox"/> Widowed/Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Don't know/ no se	
		<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Choose not to disclose/eligio	
If patient is less than 18:/Si el paciente es menor de 18:					
Parent/Guardian's Last Name/Apellido del padre, madre o tutor			Parent/Guardian's First Name/Nombre del padre, madre o tutor		
Mailing Address/Dirección de correo				Phone/Teléfono	
Relationship to Patient/Parentesco o relación con el paciente <input type="checkbox"/> Parent/Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian/Tutor <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		Social Security Number/ Número de seguro social	Gender/Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Birth Date /Fecha de nacimiento	
For office use only/Sólo para uso de la oficina Witness (ROADS Staff) _____ Date: _____ Self Declared: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F Sliding Scale Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F Insurance: _____ Scan Date: _____ Initials: _____					
RCCC Rev 12/13/16					

Answering these questions may help us obtain funding for services.

Sus respuestas a las siguientes preguntas podrían ayudarnos a conseguir financiamiento para los servicios que ofrecemos.

<p>Are you disabled?/¿Está usted discapacitado? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Are you Hispanic?/¿Es usted Hispano(a)? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Total number of people in your household (people who live in the same house and depend on the same income) Número total de personas que viven en su hogar (y dependen del mismo ingreso)</p>	<p>Have you ever served on active duty in the US military? ¿Ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Total number of children under 18 in your household Número total de niños menores de 18 que viven en su hogar</p>	<p>Are you the spouse, partner, or dependent minor of someone who has served/or is serving in the US Military?/ ¿Es usted cónyuge, pareja, o menor que depende de alguien que ha servido/ o está sirviendo en las Fuerzas Armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Which of the following best describes your household?/¿Cuál de los siguientes opciones describe mejor su hogar? <input type="checkbox"/> Married with no dependent children/Casado(a) sin niños a cargo <input type="checkbox"/> Single Person/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Single female with dependent children living with you/ Mujer soltera viviendo con niños a cargo <input type="checkbox"/> Single male with dependent children living with you/Hombre soltero viviendo con niños a cargo <input type="checkbox"/> Two-parent household/Hogar con dos padres <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____</p>	<p>How will you pay for your visits? (Check all that apply) ¿Cómo pagará sus visitas? (Marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Self-pay/Paga usted mismo <input type="checkbox"/> Insurance/Seguro _____ <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ Name of Employer/Nombre del empleador: _____</p>
<p>Are you homeless or in a temporary shelter? ¿Esta usted sin hogar o vive en un refugio temporal? <input type="checkbox"/> Not homeless/Tengo hogar <input type="checkbox"/> Doubling Up/Comparto habitación <input type="checkbox"/> Street/Calle <input type="checkbox"/> Transitional/En transición <input type="checkbox"/> Public Housing/Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Shelter/Refugio <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____</p>	<p>Are you interested in applying for Sliding Scale Discount? ¿Está interesado(a) en solicitar una rebaja basada en la Escala Móvil de Descuento? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Have you or a family member applied for Sliding Scale Discount in the last year? Durante el último año, ¿Ha solicitado usted o algún familiar una rebaja basada en la Escala Móvil de Descuentos? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Are you a migrant or seasonal farm worker? ¿Es usted trabajador agrícola migrante o de temporada? <input type="checkbox"/> Not a farm worker/No soy trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Migrant farm worker/Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Seasonal farm worker/Trabajador agrícola de temporada</p>	<p>What is your Primary Medical Insurance? ¿Cuál es su Seguro Médico Primario? _____</p>
<p>What is your race or biological family background? (Check all that apply)/¿Cuál su raza o la de su familia biológica? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Black/Americano Africano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native/Indio Americano/Nativo de Alaska</p>	<p>How did you hear about this Health Center? /¿Cómo se enteró de éste Centro de Salud? _____</p> <p>What is your household's monthly gross income? /¿Cuál es el ingreso mensual bruto de su hogar? \$ _____ per month/al mes Source of Income/fuente de ingresos: _____</p>

I authorize the release of any medical information necessary to process my claims and I authorize payment of medical benefits to the supplier for services described on the claim form/superbill. I confirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Yo autorizo que se revele cualquier información médica que sea necesaria para procesar mis reclamaciones y autorizo el pago de prestaciones médicas al proveedor de los servicios descritos en la forma de reclamación/superfactura (factura detallada). Yo confirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Signature of patient or guardian: _____ **Date:** _____
 /Firma del paciente o tutor /Fecha

[PATIENT LABEL HERE]