

PATIENT REGISTRATION /REGISTRACION DEL PACIENTE

PLEASE PRINT/LETRAS DE MOLDE



HOPE Clinic is a community health center, and all information is requested for statistical purposes. All information is strictly confidential to the full extent permitted by law. The information requested allows HOPE Clinic to evaluate each client for eligibility programs. Please answer as fully as possible and feel free to ask questions.

La Clínica HOPE es un centro de salud comunitario y la información que se solicita es para fines estadísticos. La información es estrictamente confidencial en la medida permitida por la ley. La información requerida es para evaluar a cada cliente para el programa de elegibilidad de la Clínica HOPE. Por favor, responda lo más completamente posible y no dude en hacer preguntas.

Patient's First Name/Primer Nombre	Middle Name/Segundo Nombre	Patient's Last Name/Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address/Dirección	Apt #/ # de Apartamento	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
City/State/Ciudad/Estado	Zip Code/Código Postal	County/Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Primary Phone Number/Número de Teléfono Primario:

Alternative Phone Number/Otro Número de Teléfono:

Birth Country/Pais Donde Nacio:

Which language do you preferred to receive medical information.

Qué idioma prefiere recibir su información médica?

May we send you reminders and health messages via text? (You may opt out at any time by notifying HOPE) Yes/Si
 Podemos enviarle recordatorios y mensajes de salud a través de un mensaje de texto? (puede cancelar cuando desee, solo notifique al personal de la clinica de HOPE.) No

Email Address/Correo Electrónico:

Marital Status / Estado Civil

Single/Soltero(a)
 Married/Casado(a)
 Divorced/Divorciado(a)
 Widowed/Viudo(a)
 Separated/Separado
 Partner/Union Libre

Emergency Contact / Contacto de emergencia

Name/Nombre: Cell Phone Number/Número de teléfono:

Relationship to patient/Relación con el paciente:

Privacy Act Bill / Factura de Privacidad: Would you like us to disclose any medical information to your emergency contact mentioned above? Yes/Si
 Quiere que nosotros compartamos su información medica con la persona mencionada arriba? No

Federal Poverty Level (FPL) assessment / Evaluación Federal de Nivel de Pobreza
 You may receive a discount if you qualify / Si calificas recibiras un descuento.

Family Size / Número de miembros en la Familia: Total Household Monthly Income / Ingreso Mensual del Hogar: \$

Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida: Walgreens CVS Walmart / Sam's Club Other/Otro
 Pharmacy Address/Dirección de Farmacia:
 Pharmacy Phone Number/Número de teléfono de la farmacia:



HOPE Alief
Health & Wellness Center
13930 Bellaire Blvd.
Houston, Texas 77083

HOPE Clinic Aldine
3000 Aldine Mail Route Rd.
Building C, Suite 200
Houston, Texas 77039

HOPE Aldine Meadows
School Based Clinic
2112 Aldine Meadows Rd.
Houston, TX 77032

HOPE Clinic Beltway
7001 Corporate Drive
Suite 120
Houston, TX 77036

HOPE Clinic West
12121 Westheimer Rd.
Suite 205
Houston, Texas 77077

Sexual Orientation/Orientación Sexual: Straight/Heterosexual Gay/Lesbian/Gay/Lesbiana Bisexual
 Unknown / No lo se Choose not to disclose/ Elijo no revelar Other/Otro _____

Gender Identity
Género de Identidad Male/Masculino Female/Femenino
 Transgender (Male to Female/Transgenero (Masculino a Femenino))
 Transgender (Female to Male/Transgenero (Femenino a Masculino))
 Choose not to disclose/ Prefiero no contestar Other/Otro _____

Are you a refugee/asylee/SIV?/ Es usted un refugiado/asilado/immigrante especial con Visa? Yes/Si No

Are you homeless?/Es usted un desamparado? Yes/Si No

Demographic Data/Datos Demograficos

Race (mark all that applies) - Raza (seleccione todos los que aplican)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian
Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Korean/Koreano | <input type="checkbox"/> Samoan/Samoano/a | <input type="checkbox"/> Black/Negro |
| <input type="checkbox"/> Chinese/Chino | <input type="checkbox"/> Vietnamese/Vietnam | <input type="checkbox"/> Guamanian /Chamorro | <input type="checkbox"/> White/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Other Asian / Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/
Otro Pacífico Isleño | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose |
| <input type="checkbox"/> Japanese/Japones | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Hawaiano Nativo | <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/Indio Americano o
Nativo de Alaska | |

Ethnic Group/Grupo Étnico:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuban/Cubano | <input type="checkbox"/> African American/Africano Americano | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose |
| <input type="checkbox"/> Puerto Rican/Portorriqueño | <input type="checkbox"/> Native African/Africano Nativo | |
| <input type="checkbox"/> Mexican/Mexicano/Chicana/o | <input type="checkbox"/> Middle Eastern/Oriente Medio | |
| <input type="checkbox"/> Another Hispanic/Hispano | <input type="checkbox"/> Carribean/Caribeño | |

Employment Status/ Estatus de Empleado: Full Time/Tiempo Completo Part Time/Medio Tiempo
 Retired/Retirado Unemployed/Desempleado Self Employment/Trabajo por mi cuenta Student/Estudiante

Insurance Information:
Información del seguro: None/Ninguno Medicaid Medicare CHIP
 Private Insurance/Seguro Privado Other/Otro _____

HOPE Clinic Appointment Policy

Cancellations: If you need to cancel a scheduled appointment, please call us at 713-773-0803 24 hours in advance.
Cancelaciones: Si necesita cancelar una cita programada, llámenos al 713-773-0803 con 24 horas de anticipación.
No Show: If patient fails to keep the appointment 3 times in a 12-month period, you will be placed in a hold for 6 months and you can only walk-in within that period.
Ausencia: Si el paciente no aparece a la cita 3 veces en un período de 12 meses, se lo colocará en espera durante 6 meses y solo podrá presentarse sin cita dentro de ese período.

Patient's Name/Nombre de Paciente

Today's Date/Fecha de Hoy

Patient's Signature/Mother/Father or Legal Guardian
Firma del Paciente/Madre/Padre o Guardián Legal

