

ENG / SPA

**RIVERSIDE COUNTY
MOBILE HEALTH CLINIC
PATIENT REGISTRATION INFORMATION**

DATE: _____

SITE: _____

Do You Have a Primary Doctor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Name: _____	Do You Have Any Health Insurance? <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> MISP <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> RCHC <input type="checkbox"/> Emergency Medi-Cal <input type="checkbox"/> Other
---	---

Patient Information

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth ____ / ____ / ____ Month Day Year	
Home Address		City	State	Zip
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number		
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Religion	Ethnicity		

Housing Information
 Rent House/Apt Own Home Homeless Live w/ Friends/Relatives Migrant Worker Casa de Paz

**Parent or Guardian Information
If Patient is a Minor (Under 18 Years Old)**

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth ____ / ____ / ____ Month Day Year	
Home Address		City	State	Zip
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number		
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed	Ethnicity		

Relationship to Patient _____ **Occupation** _____

Emergency Contact

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth ____ / ____ / ____ Month Day Year	
Home Phone Number	Cell Phone Number	Work Phone Number		

Relationship to Patient _____

ENG / SPA

**RIVERSIDE COUNTY
MOBILE HEALTH CLINIC
REGISTRO DEL PACIENTE**

DATE: _____

SITE: _____

Tiene Doctor Primario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre:		Tiene Algun Tipo de Aseguranza? <input type="checkbox"/> No Aseguranza <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> MISP <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> RCHC <input type="checkbox"/> Medi-Cal de Emergencia <input type="checkbox"/> Otro	
Información del Paciente			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ <small>Mes Día Año</small>
Domicilio		Ciudad	Estado Código Postal
Número de Casa	Número de Celular	Número de Trabajo	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Religión		Grupo Étnico
Información de su Vivienda <input type="checkbox"/> Alquila Casa <input type="checkbox"/> Dueño de Casa <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vive Con Amigos y/o Familia <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Casa de Paz			
Información del Padre o Tutor Si el Paciente es Menor de Edad (Menores de 18 Años de Edad)			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ <small>Mes Día Año</small>
Domicilio		Ciudad	Estado Código Postal
Número de Casa	Número de Celular	Número de Trabajo	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Grupo Étnico
Relación al Paciente		Ocupación	
En Caso de Emergencia			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ <small>Mes Día Año</small>
Número de Casa	Número de Celular	Número de Trabajo	
Relación al Paciente			