

**South Cove Community Health Center****New Patient Information/Patient Information Update**

Patient Name (First, Middle, Last)		Date of Birth
Address		Social Security Number
City/State/Zip Code		Email Address
Telephone #	Work Phone #	Cell Phone #
Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced		Spouse Name
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Transgender male/female to male <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender female/male to female <input type="checkbox"/> Declined		Sexual Orientation <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Declined
Race <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White Specify: _____ <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native		Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic
Language <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> English Specify: _____ <input type="checkbox"/> Toisanese <input type="checkbox"/> Spanish		Place of Birth <input type="checkbox"/> United States <input type="checkbox"/> Vietnam <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Hong Kong
Employment Status <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Active Military		Student <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Not Applicable <input type="checkbox"/> Part Time
Employer Name		Employer Telephone #
Emergency Contact Name	Relationship	Emergency Contact Phone #
Education <input type="checkbox"/> 8 th Grade/Less <input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> College Diploma <input type="checkbox"/> Declined <input type="checkbox"/> Some High School <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> None		Last Educated in <input type="checkbox"/> United States <input type="checkbox"/> Declined <input type="checkbox"/> Abroad
Homeless <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Live in Public Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Veteran <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Household Income Annual Income: _____ Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Declined		
For Patients Under 19 Years Old	Father's Name	Father's DOB
	Mothers' Name	Mother's DOB
Signature of Patient or Personal Representative	Print Name	Date
Relationship of Personal Representative To Patient	If Signed by Other Than Patient, Please State Reason, Attach Documentation.	



華人醫務中心
會員資料登記/更新資料

病人姓名(英文)		出生日期
地址		社會安全號碼
城市/州/郵政編號		電子郵箱
電話號碼	工作電話號碼	手提電話號碼
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚		配偶名字(英文)
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 性別變更為男性 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 性別變更為女性 <input type="checkbox"/> 不回答		性取向 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 同性戀 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不回答
種族 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 非裔美國人/黑人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 夏威夷原居民 <input type="checkbox"/> 白人 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 其他太平洋島居民 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原居民		族裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔
語言 <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 越南文 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 英文 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 台山話 <input type="checkbox"/> 西班牙文		出生地點 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 中國 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 香港
就業狀況 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 現役軍人		學生 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 兼職
公司名稱		公司電話號碼
緊急聯絡人姓名(英文)		關係
		緊急聯絡人電話
學歷 <input type="checkbox"/> 8年班或以下 <input type="checkbox"/> 高中畢業 <input type="checkbox"/> 大學畢業 <input type="checkbox"/> 不回答 <input type="checkbox"/> 高中程度 <input type="checkbox"/> 大學程度 <input type="checkbox"/> 沒有		最後學歷於 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 不回答 <input type="checkbox"/> 國外
露宿者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	居住政府房屋 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	退伍軍人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
傷殘 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家庭收入 年收入: _____ 家庭人數: _____ <input type="checkbox"/> 不回答		
19歲以下病人	父親名字(英文)	父親出生日期
	母親名字(英文)	母親出生日期
病人或法定受託人簽署		姓名
		日期
法定受託人與病人關係		如非病人簽署,請列明原因及提供法律證明文件