

# Axis Community Health Registration Form

Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
N° de seguro social - -		Fecha de nacimiento: mes / día / año			Sexo: M F
Domicilio:		Ciudad:		Código postal:	
Teléfono del día: ( )		número alternativo: ( )		Correo Electrónico:	
¿Podemos identificarnos como Axis? Si No		¿Podemos contactarle por correo? Si No			
Contacto De Emergencia :		Parentesco:		Teléfono: ( )	

**1. ¿Cuál es su idioma preferido?**

- |                                  |                                  |                                    |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Hindi   | <input type="checkbox"/> Mandarín  | <input type="checkbox"/> Tagalog     |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Hmong   | <input type="checkbox"/> Punjabi   | <input type="checkbox"/> Urdu        |
| <input type="checkbox"/> Chino   | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Vietnamita  |
| <input type="checkbox"/> Farsi   | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Ruso      | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**2. Por favor seleccione su estado civil:**

- Divorciado  
  Separado legalmente  
  Unión Libre  
  Casado  
  Soltero  
  Viudo

**3. ¿Como se entero de nosotros?**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Publicidad/Folleto                      | <input type="checkbox"/> Paciente Establecido | <input type="checkbox"/> Internet/La pagina de Axis | <input type="checkbox"/> Otro Proveedor De Servicio |
| <input type="checkbox"/> Servicios Sociales/CPS                  | <input type="checkbox"/> Abogado              | <input type="checkbox"/> Familia/Amigos             | <input type="checkbox"/> Policía                    |
| <input type="checkbox"/> Doctor Privado                          | <input type="checkbox"/> Lugar De tratamiento | <input type="checkbox"/> Corte/Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Compañía De Seguros        |
| <input type="checkbox"/> Trabajador Comunitario/Personal de Axis | <input type="checkbox"/> Escuela              | <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas          |   |

**4. Grado más alto completado:** (Circule Uno): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18+

**5. ¿Es usted mujer y cabeza del hogar?**  Si  No    **6. ¿Tiene una discapacidad mental o física?** Si  No

**7. ¿Cuál es su fuente de ingresos?**

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad/ Compensación del trabajador. | <input type="checkbox"/> Asistencia General o Pública | <input type="checkbox"/> Ninguno     |
| <input type="checkbox"/> Empleo                                     | <input type="checkbox"/> Jubilado                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**8. Seleccione su tipo de empleo:**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agricultura        | <input type="checkbox"/> Nunca Empleado | <input type="checkbox"/> Servicio/Ventas | <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Laboral/Producción | <input type="checkbox"/> Professional   | <input type="checkbox"/> Desempleado     |   |

**9. ¿Está sin hogar?**  Si  No    **Si contesto Si , por favor marque su situación de vivienda:**

- Rentando con otros  
  Refugio  
  En la calle  
  Transitorio  
  Otro

**10. ¿Es usted un trabajador migratorio o de temporada?**  Si  No

**11. ¿Tiene un traductor para su visita?**  Si  No

**12. Raza- Seleccione todo lo que aplique:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático            | <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo De Alaska | <input type="checkbox"/> Me Niego a Decir |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Islas Del Pacifico               | <input type="checkbox"/> Más De Una Raza  |
| <input type="checkbox"/> Nativo De Hawái     | <input type="checkbox"/> Blanco (Incluye Hispanos)        |   |

**13. ¿Es Usted Hispano o Latino?**  Si  No

**14. ¿Es usted Veterano?**  Si  No

**15. Ingreso Bruto (antes de deducciones)\$** \_\_\_\_\_ por: Semana/Mes/Año (Circule uno)

**16. Tamaño De Su Familia** (incluyendo Usted) \_\_\_\_\_

**17. ¿Tiene Medi-Cal?**  Si  No    **18. ¿Tiene Seguro Médico?**  Si, ¿que tipo? \_\_\_\_\_  No

\_\_\_\_\_  
Firma Del cliente/Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Si lo firmo el tutor, escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para Uso Del Personal Solamente.**

Select appropriate department:  Clinic     DUI     Mental Health     Drug and Alcohol.