



**ROTACARE BAY AREA PATIENT REGISTRATION /  
ROTACARE BAY AREA REGISTRO DE PACIENTES**

Revised 07.2020

<b>Patient Information</b>	Last Name / Apellido		First Name / Nombre		Middle Name/ Segundo Nombre	
	Address / Domicilio				City / Ciudad	
	Zip code / Código postal		Birth Date / Fecha de Nacimiento (month / day / year - mes / día / año)		Sex / Sexo: Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino	
	I prefer to be contacted by: <input type="checkbox"/> mail, <input type="checkbox"/> text, <input type="checkbox"/> phone /		Prefiero ser contactado por: <input type="checkbox"/> correo, <input type="checkbox"/> texto, <input type="checkbox"/> teléfono.			
	Mobile Phone / Teléfono Móvil		Home Phone / Teléfono de casa		Email / Correo Electrónico	
<b>Demographics</b>	Do you have medical insurance? / ¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí		How did you hear about us? / ¿Cómo te enteraste de nosotros?		<b>Please answer / Por favor respóndeme:</b>	
	How many people in your household? ¿Cuántas personas viven en su hogar?		Household Income/ Ingresos del hogar <i>Circle one: annual / monthly / weekly</i> <i>Círculo uno: anual / mensual / semanal</i> Amount / Cantidad: _____		Homeless / Vagabundo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
	ETHNICITY / Etnicidad: Hispanic Non-Hispanic		PRIMARY LANGUAGE / LENGUAJE PRIMARIO:		Farm worker / Obrero Agrícola: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
	RACE / CARRERA: White / Blanco (including / incluye Hispanic) Pacific Islanders / Isleño del Pacífico African American / Afro Americano Asian / Asiático		Native American or Alaskan / Indígena de E.U. o de Alaska Other / Otro: _____		Veteran of US / Veterano en EU: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Accident at work / Accidente en el trabajo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes In public housing / Vivienda público: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes English / Inglés Spanish / Español Tagalog Chinese / Chino Nepalese Vietnamese Russian/Ruso Other: _____	
<b>Consent</b>	<p><b>STATEMENT OF PURPOSE: The RotaCare Bay Area, Inc. clinics exist to provide medical services to those individuals who are uninsured or who have limited ability to pay for medical care.</b> I have read the above Statement of Purpose and attest that I do indeed fit the criteria for eligibility for RotaCare's service as they are described. If, at a later date it is found that I no longer fit the eligibility criteria for services, I understand that I will be discharged from RotaCare's services. I hereby consent to any medical or surgical treatment for me or my children under the general or special instructions of the Health Care Providers of RotaCare, including care provided by telephone, videoconferencing, and other electronic communications. I hold harmless all personnel and volunteers associated in any way with RotaCare and for all types of treatment I have consented to receive. I also give my permission to obtain my medication history and my medical records from other healthcare providers that my RotaCare providers deem necessary to manage my care, including hospital records, office notes, consult notes, and results of tests and procedures.</p> <p><b>DECLARACION DE PROPOSITO: Las clínicas RotaCare del área de la bahía existen para proveer servicios médicos para individuales sin seguro médico o con recursos limitados para pagar servicios medios.</b> He leído la Declaración de Propósito anterior y atestigo que he hecho encajo los criterios de elegibilidad para el servicio de RotaCare como son descritos. Si en una fecha posterior se descubre que ya no cumplo con los criterios de elegibilidad para los servicios, entiendo que pararan los servicios de RotaCare. Actualmente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico para mí o mis hijos bajo las instrucciones generales o especiales de los Proveedores de Atención Médica de RotaCare, incluyendo servicios por teléfono, conferencia de video y otras maneras de comunicación electrónicas. Atraves de mi firma asumo yo toda responsabilidad por cualquier tratamiento o recomendación que yo o mis hijos recibamos en la clínica, RotaCare, y libero de toda responsabilidad a todo el personal o voluntarios asociados o relacionados con esta clínica. También doy mi permiso para obtener mi historial de medicamentos y expedientes médicos de otros proveedores de atención médica que mis proveedores de RotaCare consideren necesarios para administrar mi salud, incluyendo registros de hospitales, notas de oficina, notas de consulta y resultados de pruebas y procedimientos.</p>					
	Signature of patient or guardian / Firma del paciente o tutor		Date / Fecha		Witness initials / Testigo	
<b>HIPAA</b>	<p><b>I acknowledge that I have received a copy of the Privacy Practice for RotaCare Bay Area Free Medical Clinic (HIPAA) / Atraves de mi firma reconozco que he recibido una copia de las practicas de privacidad de la Clinica RotaCare (HIPAA).</b></p>					
	Signature of patient or guardian / Firma de paciente o tutor		Date / Fecha		Witness initials / Testigo	