



NEW PATIENT REGISTRATION FORM

PATIENT ID # _____

PATIENT INFORMATION

NAME (LAST, FIRST)

DOB

ADDRESS

APT. #

PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION

(If you are the Parent/Legal Guardian for the patient please complete the Parent/Legal Guardian information.)

Sex: ☐ MALE ☐ FEMALE

NAME (LAST, FIRST)

DOB

ADDRESS

CELL PHONE

HOME PHONE

WORK PHONE

EMAIL

PATIENT CONTACT INFORMATION

(If you are the Parent/Legal Guardian for the patient please complete the Parent/Legal Guardian information.)

Preferred Language: ☐ ENGLISH ☐ SPANISH ☐ OTHER _____

CELL PHONE

HOME PHONE

EMAIL

Best way to contact you: ☐ CELL PHONE ☐ HOME PHONE

Is it okay to leave voicemail messages? ☐ YES ☐ NO

Is it okay to discuss your care with someone else? ☐ YES ☐ NO If yes, who? _____

EMERGENCY CONTACT

NAME (LAST, FIRST)

RELATIONSHIP TO PATIENT

EMERGENCY PHONE *(If you would like to opt-out of text messages, please inform the front desk.)*

PATIENT DEMOGRAPHICS

Please select one of the following:

MARITAL STATUS: ☐ Single ☐ Married/Partner ☐ Widow/Widower ☐ Divorced ☐ Separated



NEW PATIENT REGISTRATION FORM

PATIENT DEMOGRAPHICS (CONTINUED)

Please select one of the following:

- GENDER IDENTITY:** ☐ Female ☐ Male ☐ Trans Female (Male-to-Female) ☐ Trans Male (Female-to-Male)
☐ Other ☐ Choose not to disclose
- SEXUAL ORIENTATION:** ☐ Straight ☐ Lesbian/Gay ☐ Bisexual ☐ Something Else ☐ Do Not Know
☐ Choose not to disclose
- RACE:** ☐ American Indian/Alaska Native (Including American Indians or Alaska Natives of Latino/Hispanic descent)
☐ Black or African American (Including Black or African American of Latino/Hispanic descent)
☐ White (Including Whites of Latino/Hispanic descent)
☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander ☐ Undetermined
- ETHNICITY:** ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐ Other ☐ Prefer not to answer

Country of Origin (optional): _____

How did you hear about Alivio Medical Centers? _____

BENEFITS/INSURANCE INFORMATION

PREFERRED PHARMACY NAME _____ ADDRESS _____

Insurance: ☐ All Kids/Medicaid ☐ Medicare ☐ Commercial Insurance ☐ Alivio Sliding Fee Scale ☐ Other

INSURANCE PLAN _____ POLICY HOLDER _____ POLICY NUMBER _____

Alivio Medical Center receives some federal funding. Therefore, we are required to ask the following questions. All information will be kept strictly confidential. This information will be requested one (1) time a year if you are not on a sliding fee discount with us.

Family Size	Income Range	Income Range	Income Range	Income Range	Income Over
1	\$0- () \$13,590 ()	\$13,591-() \$16,988 ()	\$16,989-() \$20,385 ()	\$20,386-() \$23,783 ()	\$23,784
2	\$0- () \$18,310 ()	\$18,311-() \$22,888 ()	\$22,889-() \$27,465 ()	\$27,466-() \$32,043 ()	\$32,044
3	\$0- () \$23,030 ()	\$23,031-() \$28,788 ()	\$28,789-() \$34,545 ()	\$34,546-() \$40,303 ()	\$40,304
4	\$0- () \$27,750 ()	\$27,751-() \$34,688 ()	\$34,689-() \$41,625 ()	\$41,626-() \$48,563 ()	\$48,564
5	\$0- () \$32,470 ()	\$32,471-() \$40,588 ()	\$40,589-() \$48,705 ()	\$48,706-() \$56,823 ()	\$56,824
6	\$0- () \$37,190 ()	\$37,191-() \$46,488 ()	\$46,489-() \$55,785 ()	\$55,786-() \$65,083 ()	\$65,084
7+	\$0- () \$41,910 ()	\$41,911-() \$52,388 ()	\$52,389-() \$62,865 ()	\$62,866-() \$73,343 ()	\$73,344

All patients with or without insurance, may be eligible for Alivio's Sliding Fee Scale. If you selected Alivio's Discount you must complete the Sliding Fee Scale application.

PRINT PATIENT NAME/RESPONSIBLE PARTY _____

PATIENT/RESPONSIBLE PARTY SIGNATURE _____ DATE _____



INFORMACIÓN DE NUEVO PACIENTE

PACIENTE ID # _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO, PRIMER NOMBRE

F.D.N.

DIRECCIÓN/APTO/ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

(Si usted es el Padre/Tutor Legal del paciente por favor complete esta información.)

Género: ☐ MUJER ☐ HOMBRE

APELLIDO, PRIMER NOMBRE

F.D.N.

DIRECCIÓN/APTO/ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO EN EL TRABAJO

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DEL PACIENTE

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

CORREO ELECTRÓNICO

¿De qué manera prefiere que nos comuniquemos con usted? ☐ Teléfono celular ☐ Teléfono de casa

¿Está bien que le dejemos mensajes de voz? ☐ Sí ☐ No

¿Está bien si platicamos con alguien sobre su cuidado de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Con Quién? _____

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

RELACIÓN/PARENTESCO CON EL PACIENTE

TELÉFONO DE EMERGENCIA

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Por favor seleccione una de lo siguientes opciones:

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado con pareja ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado



INFORMACIÓN DE NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Por favor seleccione una de lo siguientes opciones:

- Identidad de Género:** ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero femenino (de masculino a femenino)
☐ Transgénero masculino (de femenino a masculino) ☐ Algo más ☐ Prefiero no contestar
- Orientación Sexual:** ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana/homosexual ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sé
☐ Prefiero no contestar
- Raza:** ☐ Alndígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano (incluye Negro o Afroamericano de descendencia Latina o Hispana)
☐ Nativo de Hawái ☐ Nativo de otras Islas pacíficas
☐ Blanco (incluye Blanco de descendencia Latina o Hispana) ☐ Prefiero no contestar
- Etnicidad:** ☐ Hispano o Latino ☐ No soy Hispano ni Latino ☐ Otra ☐ Prefiero no contestar

País de origen (opcional): _____

¿Cómo se enteró usted de los Centros de Alivio? _____

BENEFICIOS/INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

NOMBRE/DIRECCIÓN DE LA FARMACIA _____

Seguro médico: ☐ All Kids/Medicaid ☐ Medicare ☐ Seguro Comercial ☐ Programa de descuento Alivio ☐ Otro

PLAN DE SEGURO

A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ

NUMERO DE PÓLIZA

Alivio Medical Center recibe financiamiento federal. Por eso, nos solicitan que preguntemos las siguientes preguntas. Toda esta información será estrictamente confidencial. Esta información será requerida una (1) vez al año, si Ud. no está en nuestra escala de descuento.

Tamaño de la Familia	Entre (Anual)	Entre (Anual)	Entre (Anual)	Entre (Anual)	Mas de (Anual)
1	\$0- () \$13,590 ()	\$13,591-() \$16,988 ()	\$16,989-() \$20,385 ()	\$20,386-() \$23,783 ()	\$23,784
2	\$0- () \$18,310 ()	\$18,311-() \$22,888 ()	\$22,889-() \$27,465 ()	\$27,466-() \$32,043 ()	\$32,044
3	\$0- () \$23,030 ()	\$23,031-() \$28,788 ()	\$28,789-() \$34,545 ()	\$34,546-() \$40,303 ()	\$40,304
4	\$0- () \$27,750 ()	\$27,751-() \$34,688 ()	\$34,689-() \$41,625 ()	\$41,626-() \$48,563 ()	\$48,564
5	\$0- () \$32,470 ()	\$32,471-() \$40,588 ()	\$40,589-() \$48,705 ()	\$48,706-() \$56,823 ()	\$56,824
6	\$0- () \$37,190 ()	\$37,191-() \$46,488 ()	\$46,489-() \$55,785 ()	\$55,786-() \$65,083 ()	\$65,084
7+	\$0- () \$41,910 ()	\$41,911-() \$52,388 ()	\$52,389-() \$62,865 ()	\$62,866-() \$73,343 ()	\$73,344

Todos los pacientes pueden ser elegibles para el programa de descuento de Alivio. Si usted elige el descuento de Alivio, usted debe de completar la aplicación Escala de Descuento de acuerdo a sus ingresos para recibir el descuento.

NOMBRE DE PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE _____

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE _____

FECHA _____

Alivio Medical Center

An Active Presence for a Strong Community

773.254.1400 | aliviomedicalcenter.org