

Patient Information					
Last Name:		First Name:		Middle Initial:	Today's Date:
Date of Birth:		Social Security:		Sex at Birth:	
Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Lesbian, Gay or Homosexual <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Do Not Know <input type="checkbox"/> Other Please Specify: _____ <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose					
Gender Identity: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Female-to-Male/Trans Man <input type="checkbox"/> Male-to-Female/Trans Woman <input type="checkbox"/> Genderqueer-neither exclusively male nor female <input type="checkbox"/> Additional Gender Category or Other Please specify: _____ <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose					
Mailing Address (Mail can be sent here)					
Address:					Apt, Suite, Lot#:
City:			State:		Zip Code:
Home Phone Number:		Cell Phone Number:		Email Address (Please read below):	
<p><b>**</b>By providing your email address, you agree to be signed up to the online patient portal, which will allow you to view your Finger Lakes Community Health medical record, as well as having the ability to communicate electronically with your Finger Lakes Community Health provider. Patients 12 and older cannot use a parent email address for access to the patient portal.</p>					
Work Status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retired					
Employer Name, City, and State (if employed):					
Have you ever served (previously or now) in the United States military? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused to respond					
Student Status: <input type="checkbox"/> Not a student <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time Highest Grade Completed: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 College: 1 2 3 4 5+					
Preferred Pharmacy (pharmacy name and city):					
Race (select all that apply): <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian					
Hispanic Origin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:			
Living arrangement information: <input type="checkbox"/> Not Homeless <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Transitional Housing <input type="checkbox"/> Treatment Facility <input type="checkbox"/> Incarcerated <input type="checkbox"/> Public Housing					
Responsible Party Information (If different from patient)					
Name (if different from patient):				Relationship to Patient:	
Address:					Apt, Suite, Lot#:
City:			State:		Zip Code:
Home Phone Number:		Cell Phone Number:		Work Phone Number:	
Emergency Contact (This does not include communication regarding the patient health record)					
Name				Relationship to Patient:	
Home Phone Number:		Cell Phone Number:		Work Phone Number:	
For Office Use Only					
Information Updated on the system by:					Date:

Información del Paciente			
Apellido/Nombre de Familia:		Nombre:	2º:
Fecha de Nacimiento:		Sexo de Nacimiento:	Fecha de Hoy:
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:	Estado Civil:
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gays u homosexuales <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no revelar			
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino-a-Masculino/hombre transgenero <input type="checkbox"/> Masculino-a-femenino/mujer transgenero <input type="checkbox"/> Genderqueer/Genero queer – ni exclusivamente masculino u femenino <input type="checkbox"/> Especifique otro u categoría adicional: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no revelar			
Dirección de Envió/Correo (¿A dónde se le puede mandar correo?)			
Dirección:			Apt, Suite, Lot#:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Correo Electrónico:	
**Al proporcionar un correo electrónico será inscrito automáticamente al portal del paciente de Finger Lakes Community Health, y tendrá acceso a su expediente médico en la red. También podrá comunicarse a través de mensajes electrónicos con su proveedor. Pacientes de 12 años o mayor no pueden tener la dirección de correo electrónico de su padre para tener acceso a su expediente médico.			
Marque los métodos de contacto que podemos usar: <input type="checkbox"/> No Contacto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico			
Situación de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Retirado			
Nombre de Empleador, Ciudad, y Estado (si empleado):			
¿Ha servido como soldado del ejército de los Estados Unidos (previamente o el presente)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó contestar			
Información Estudiantil: <input type="checkbox"/> No Soy Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Grado Escolar Mas Alto Obtenido:			
Farmacia Preferida (Nombre de farmacia y ciudad):			
Raza (seleccione todas cuales sean aplicables): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio American o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas pacificas <input type="checkbox"/> Asiático			
Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Con Vivienda <input type="checkbox"/> Sin Vivienda <input type="checkbox"/> Compartiendo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Vivienda Publica			
Persona Responsable (si no es el paciente)			
Nombre Completo:		Relación al paciente:	
Dirección			Apt, Suite, Lot#:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Número de teléfono de trabajo:	
Contacto de Emergencia			
Nombre		Relación al paciente:	
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Número de teléfono de trabajo:	
Para Uso de Oficina Solamente			
Information Updated on the system by:			Date: