

<b>Patient Information</b>			
Last Name:		First Name:	
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):
**By providing your email, you consent to sign up for the online patient portal, where you can access your Finger Lakes Community Health clinical records and communicate with your care team. Patients aged 12+ must use their own email, not a parent's.			
Preferred Contact: <input type="checkbox"/> No Contact <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Text Message <input type="checkbox"/> Email			
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"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Asian (other) <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> More than one race <input type="checkbox"/> Decline to Specify			
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American <input type="checkbox"/> Chicano/Chicana <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Spanish Origin <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino or Spanish Origin <input type="checkbox"/> Decline to Specify			
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			
<b>Responsible Party Information (If different from patient)</b>			
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:
<b>Emergency Contact (This does not include communication regarding the patient health record)</b>			
Name		Relationship to Patient:	
Home Phone Number:		Cell Phone Number:	Work Phone Number:
<b>For Office Use Only</b>			
Information Updated on the system by:			Date:

Información del Paciente			
Apellido/Nombre de Familia:		Nombre:	2º: Fecha de Hoy:
Fecha de Nacimiento:	Sexo de Nacimiento:		Número de Seguro Social:
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 Envío/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 su correo electrónico, acepte inscribirse en el portal en línea para pacientes, donde podrá acceder a sus registros clínicos de FLCH y comunicarse con su personal de salud. Los pacientes de 12 años o más deben usar su propio correo electrónico, no el de los padres.			
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 las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Asiático (otro) <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
Etnia: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Americano Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (de origen Español) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino o de origen Español <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
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:
For Office Use Only			
Information Updated on the system by:			Date: