



# THE FLOATING HOSPITAL

## Patient/Family Registration Form

### PATIENT

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Any other name used: \_\_\_\_\_ Contact phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female  Other

Ethnicity: Hispanic or Non-Hispanic? \_\_\_\_\_ Language spoken \_\_\_\_\_ Interpreter needed?  Yes  No

Race (*check all that apply*)

Native Hawaiian  Asian  Other  
 Other Pacific Islander  American Indian/Alaska Native  More than One Race  
 Black/African American  White  Refuse to report

Are you a veteran?  Yes  No

Cell phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Shelter Name: \_\_\_\_\_ Case Worker: \_\_\_\_\_

Shelter Address/PO Box: \_\_\_\_\_

Number of people in household: \_\_\_\_\_ Annual Income: \_\_\_\_\_

### INSURANCE INFORMATION

Name of insurance: \_\_\_\_\_ Policy number: \_\_\_\_\_

Uninsured?  Yes  No

**EMERGENCY CONTACT NAME:** \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Contact relationship to patient: \_\_\_\_\_

### CHILD

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Any other name used: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Ethnicity: Hispanic or Non-Hispanic? \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female  Other

Race (*check all that apply*)

Native Hawaiian  Asian  Other  
 Other Pacific Islander  American Indian/Alaska Native  More than One Race  
 Black/African American  White  Refuse to report

Name of insurance: \_\_\_\_\_ Policy number: \_\_\_\_\_ Uninsured?  Yes  No

Does this child live with you?  Yes  No

If no, address of child: \_\_\_\_\_

If you have additional children to register, add on back of this form



# THE FLOATING HOSPITAL

## Additional children to register

### CHILD

Last name:	First name:	Middle Initial:
Any other name used:		Date of Birth
Ethnicity: Hispanic or Non-Hispanic?	Social Security #	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other
Race (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> More than One Race
<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Refuse to report
Name of insurance:	Policy number:	Uninsured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does this child live with you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If no, address of child:		

### CHILD

Last name:	First name:	Middle Initial:
Any other name used:		Date of Birth
Ethnicity: Hispanic or Non-Hispanic?	Social Security #	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other
Race (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> More than One Race
<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Refuse to report
Name of insurance:	Policy number:	Uninsured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does this child live with you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If no, address of child:		

### CHILD

Last name:	First name:	Middle Initial:
Any other name used:		Date of Birth
Ethnicity: Hispanic or Non-Hispanic?	Social Security #	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other
Race (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> More than One Race
<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Refuse to report
Name of insurance:	Policy number:	Uninsured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does this child live with you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If no, address of child:		



# THE FLOATING HOSPITAL

## Boletín de Inscripción del Paciente

### PACIENTE

Apellido:	Primer nombre:	Inicial:
Alias:		# de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Llidiomas Hablados:	Necesita Interprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad: <i>(circule)</i> : Hispano/Latino o No Hispano/ Latino?		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza <input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Es Usted un Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono Celular:	Email:	
Nombre del albergue		Su trabajador(a) social:
Dirección del albergue/P.O. Box		
Ingreso anual: \$		# de personas en el hogar

### SEGURO MÉDICO

Seguro Médico:	# de póliza	Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------	-------------	--

### CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia notificar a	Parentesco:
# de telefono	

### HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial:
Alias:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule)</i> : Hispano/Latino o No Hispano/ Latio?		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza <input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Seguro Médico:	# de póliza	Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño		

Si usted tiene hijos adicionales para registrar, añadirlos en el reverso de este formulario



# THE FLOATING HOSPITAL

## Niños adicionales para registrarse

### HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial:
Alias:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule):</i>	Hispano/Latino o No Hispano/ Latio?	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Mas de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Seguro Médico:	# de póliza	Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño		

### HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial:
Alias:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule):</i>	Hispano/Latino o No Hispano/ Latio?	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Mas de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Seguro Médico:	# de póliza	Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño		

### HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial:
Alias:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule):</i>	Hispano/Latino o No Hispano/ Latio?	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Mas de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Seguro Médico:	# de póliza	Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño		