



The Door – Adolescent Health Center
CLIENT DATA SHEET

Patient Label

Today's Date:

Legal Name (please print):

Last Name: First Name: Middle Initial:

Preferred name: Pronouns: She/Her He/Him They/Them Write in:

Date of Birth: Age: Social Security #:

Street Address: Apt #:

City: County: State: Zip:

Email Address: Cell Phone #:

It is okay to contact you by (check all that apply): Mail Call Text Email Portal

Race (check all that apply): Black White Asian American Indian Alaska Native
Native Hawaiian/Pacific Islander Other, write in:

Ethnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Non-Latino
What language(s) do you speak at home? English Spanish French Other, write in:

Sex at Birth: Female Male
Gender Identity: Female Male Genderqueer, neither Male nor Female
Female to Male/Trans Male Male to Female/ Trans Female
Choose not to disclose Other:

Do you think of yourself as: Lesbian/Gay Straight/Heterosexual Bisexual Don't know Choose not to disclose Write in:

Emergency Contact: First & Last Name: Relationship to you:
Email Address: Cell Phone #:

Education Info: Highest Grade/College Completed: Are you currently: Full-Time Student Part-Time Student Not a student

Means of Support: Are you currently working? No Yes If yes, name of your Employer:
Amount paid: Hourly Bi-weekly Monthly Annual Family Size:
If you are not working, how do you support yourself: Public Assistance Guardians Other:

Insurance Info: What type of medical coverage do you have? Check one: Medicaid Medicare Private Insurance No Coverage
If covered, provide Plan Name: Plan Number:
Is it okay to bill? Yes No *If you do not have this information, please try to bring it to your next visit*

To the best of my knowledge, the above information is true. I will inform staff of any changes to my information.
Patient Signature: Date:

TO BE COMPLETED BY STAFF: Copy of ID received (or on file) Copy of Insurance Card received (or on file)
Proof of Income received - or - Financial Assistance Form completed
Staff Initials: Date:



The Door - Centro de Salud para Adolescentes
HOJA DE DATOS DEL CLIENTE

Patient Label

1 Fecha de hoy: _____

Nombre legal (escribir)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre de preferencia: _____ Pronombres: ella él ellos/ellas Mencionar: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ N° del Seguridad Social: _____

Dirección: _____ N.º depto: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ N° de celular: _____

Lo podemos contactar por (*marque todas las que correspondan*):

Correo postal Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico Portal

Raza (*marque todas las opciones que correspondan*):

Negro Blanco Asiático Indígena Norteamericano Nativo de Alaska

Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico Otro, escriba: _____

Grupo étnico:

Hispano/Latino
 No Hispano/No Latino

¿Qué idioma(s) habla en su casa?

Inglés Español Francés Otro, escriba: _____

Sexo de nacimiento:

Femenino
 Masculino

Identidad de género: Femenino Masculino Genderqueer, ni hombre ni mujer

Mujer a hombre/Trans Masculino Hombre a mujer/ Trans Femenino

No conforme Otra, escriba: _____

Usted se considera:

Lesbiana/Gay Hetero/Heterosexual Bisexual No sabe Prefiere no revelar Otra, escriba: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre y apellido: _____ Relación: _____

Dirección de correo electrónico: _____ N° de celular: _____

Información de educación: Grado más alto completado en escuela/universidad: _____

Actualmente es: Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial No es estudiante

Fuentes de ingresos:

¿Trabaja actualmente? No Sí - En caso afirmativo, nombre de su empleador: _____

Monto que percibe: \$ _____ Por hora Quincenal Mensual Anual Tamaño del grupo familiar: _____

Si no está trabajando, cómo se mantiene: Asistencia Pública Tutores Otro: _____

Información del seguro:

¿Qué tipo de cobertura médica tiene? **Seleccione una opción:** Medicaid Medicare Seguro privado Sin cobertura

Si tiene cobertura, mencione el nombre del plan: _____ Número de plan: _____

¿Está bien facturarle a su plan? Sí No **Si usted no tiene esta información, trate de traerla en su próxima visita**

Según mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Informaré al personal de cualquier cambio en mi información.

Firma del paciente:

Fecha:

TO BE
COMPLETED BY
STAFF:

Copy of ID received (or on file) Copy of Insurance Card received (or on file)
 Proof of Income received - or - Financial Assistance Form completed

Staff Initials: _____
Date: _____