



**HEALTH SERVICES**  
OF NORTH TEXAS  
**Medical Care for You**

**PATIENT INFORMATION FORM**

First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Social Security #: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Mother's Maiden Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt/Lot #: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

If we need to reach you by phone and there is no answer, can we leave you a detailed message?  Yes  No

If we need to send correspondence to the address listed, can we mail documents to you?  Yes  No

Sex:  Female  Male

Marital Status:  Divorced  Married  Life Partner  Single  Widowed  Legally Separated

Employment Status:  Full Time  Part Time  Unemployed

Name of Employer: \_\_\_\_\_

Student Status:  Full Time  Part Time  Not a Student

Gender:  Female  Male  Transgender  Other

Housing Status:  Not Homeless  Homeless  Transitional  Doubling Up  Street  Public Housing  Other

Agricultural Status:  Agricultural Worker  Migrant Farm Worker  Seasonal Farm Worker  None

Veteran:  Yes  No

Race:  American Indian/Alaska Native  Asian  Native Hawaiian/Other Pacific Islander  Black/African American  White  Other

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

Preferred Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_ Limited English Proficiency?  Yes  No

Do you have a disabled person in your household?  Yes  No

Are you the head of household?  Yes  No

Do you receive any of the following?

TANF:  Yes  No Food Stamps:  Yes  No SSI/Disability:  Yes  No WIC:  Yes  No

Preferred Pharmacy: \_\_\_\_\_  
Name Street City/State/Zip

Secondary Pharmacy: \_\_\_\_\_  
Name Street City/State/Zip

Primary Care Doctor: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE INFORMACION AL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt/Lot #: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Si necesitamos comunicarnos con usted por telefono y no hay respuesta, le podemos dejar un mensaje detallado?  Si  No

Si tenemos que enviar la correspondencia a la direccion indicada, podemos enviarle los documentos?  Si  No

**Sexo:**  Femenino  Masculino

**Estado Civil:**  Divorciado  Casado  Companero(a) de vida  Soltero  Viudo  Legalment Separado

**Empleo de Paciente:**  Tiempo completo  Tiempo Parcial  Ninguno

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

**Estudiante:**  Tiempo completo  Tiempo Parcial  Ninguno

**Genero:**  Femenino  Masculino  Transgender  Otro

**Estado de la vivienda:**  Con hogar  Sin hogar  En transicion  Doubling Up  Calle  Viven en viviendas públicas  Otro

**Estado agricola:**  Trabajador agricola migrante  Trabajador agricola estacional  None

**Veterano:**  Si  No

**Raza:**  Indio americano  Asiatico  Nativo de Hawai/Otra isla del pacifico  Afroamericano/Negro  Caucasio  Otro

**Etnicidad:**  Hispano or Latino  No-Hispanic or Latino

**Idioma preferido:**  Inglis  Espanol  Otro: \_\_\_\_\_ Dificultad para ingles?  Si  No

Tiene una persona con discapacidad en su hogar?  Si  No

Es usted cabeza de familia?  Si  No

Recibe usted?

TANF:  Si  No Stampillas de Comida:  Si  No SSI/Pension de invalidez:  Si  No WIC:  Si  No

**Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_  
Nombre La calle Ciudad/Estado/Codigo Postal

**Farmacia Secundaria:** \_\_\_\_\_  
Nombre La calle Ciudad/Estado/Codigo Postal

**Médico primario:** \_\_\_\_\_ Ciudad/Estad: \_\_\_\_\_



**PATIENT INFORMATION FORM**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Name

Relationship

Phone #

**PEDIATRIC PATIENTS ONLY**

Parent 1 Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Parent 2 Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Are parents divorced or separated?  Yes  No Patient 1 Custody:  Full  Partial Patient 2 Custody:  Full  Partial

Is there any involvement from Child Protective Services?  Yes  No

Are there any legal restrictions that would restrict the non-custodial parent from consenting to medical treatment for the child or from obtaining information about the child's medical treatment?  Yes  No

(if yes, please provide a copy of any legal paperwork that supports this restriction)

**LEGAL GUARDIAN OTHER THAN SELF/BIOLOGICAL PARENT:** \*\*You will need to provide legal documentation showing guardianship\*\*

Guardian Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**CORROSPONDANCE PREFERENCES**

Would you like to be registered for our secure online patient portal?  Yes  No

Do you want to receive automated appointment reminders?  Yes  No

How do you want to receive appointment reminders?

Call:  Yes  No Text Message:  Yes  No Email:  Yes  No

What time of day would you prefer to receive appointment reminders?  Morning  Afternoon

**RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION**

*I give authorization to the following person(s) to discuss or receive copies of my medical care, appointments, and billing accounts with any staff member of Health Services of North Texas. I authorize this Release to be kept on file at the clinic and that it can be cancelled, revoked or have changes in authorized person(s) at any time by my written request.*

Name of Authorized Person

Relationship

Name of Authorized Person

Relationship

**INSURANCE INFORMATION**

Do you have insurance?  Yes  No

Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_

Insured: \_\_\_\_\_

Insured Date of Birth: \_\_\_\_\_

Relationship to Insured: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian/Parent Signature

Date



Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INFORMACION AL PACIENTE**

**PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre

Relacion

Numero de telefono

**SOLAMENTE PARA PACIENTES PEDIATRICOS**

Nombre padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Los padres estan separados o divorciados?  Si  No Padre Custodia:  Full  Partial Madre Custodia:  Full  Partial

Hay alguna participacion de los Servicios de Proteccion Infantil?  Si  No

¿Existe alguna restricción legal que impida al padre sin custodia dar su consentimiento para recibir tratamiento médico para el niño o de obtener información sobre el tratamiento médico del niño?  Yes  No

(En caso afirmativo, proporcione una copia de cualquier documento legal que respalde esta restricción)

**REPRESENTANTE LEGAL SI ES DIFERENTE A LOS PADRES BIOLOGICOS:** \*\*Necesita proveer evidencia legal \*\*

Nombre del representante : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**PREFERENCIAS DE CORRESPONDENCIA**

Le gustaria estar registrado en nuestro portal seguro de pacientes en linea?  Si  No

Desea recibir recordatorios de citas automatizados?  Si  No

Como desea recibir recordatorios de citas?

Llamada telefonica:  Si  No Mensaje de texto:  Si  No Correo electronico:  Si  No

A que hora del dia prefiere recibir recordatorios de citas?  Manana  Tarde

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION**

Yo autorizo a la siguiente persona (s) para hablar y recibir informacion medica y de facturacion con cualquier miembro del personal de Health Services of North Texas. *Yo autorizo que este formulario se mantendra en archivo en la clinica y que puede ser cancelado, revocado o persona autorizada (s) puede cambiar en cualquier momento mediante solicitud por escrito.*

Nombre

Relacion

Nombre

Relacion

**INSURANCE INFORMATION:**

Tiene seguro medico?  Si  No

Nombre de la compania de seguro: \_\_\_\_\_

Relacion con el asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian/Parent Signature

Date