



REGISTRATION/ELIGIBILITY FORM

For Financial information only, not official medical record.

CLIENT INFORMATION

Please Print Clearly

First Name Nombre Prenon		Middle Segundo nombre Dezyèm non ou	Last Name Apellido Siyati	Suffix (Jr, II) Sufijo Sifiks
Date of Birth /Fecha de Nacimiento/Dat Nesans Month/Mes/Mwa Day/Día/Jou Year/Año/Ane		Sex/Sexo/Sèks (√): <input type="checkbox"/> Male/Masculino/Gason <input type="checkbox"/> Female/Femenino/Fi <input type="checkbox"/> Transgender/Transgénero/Transekisyèl		SS# Número de Seguro Social Niméwo Sekirite Sosyal
Marital Status/Estado Civil/Eta Sivil (√): <input type="checkbox"/> Single/Soltero-a/Selibaté <input type="checkbox"/> Married/Casado-a/ Marye <input type="checkbox"/> Separated/Separado/Separe <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado-a/Divòse <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo-a/Vèf oswa Vèv				
Race/Raza/Ras (√): <input type="checkbox"/> White/Blanco/Blan <input type="checkbox"/> Black/African American/Negro-a/Afroamericano <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native/Indio-a o Nativo de Alaska/Endyen Ameriken Indien/Natif Natal Alaska <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander/Indio-Asiático-a/Azyatik oswa Abitan Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Other(Specify)/Otro-a(Especifique)/Lòt(Presize):				
Language/Idioma/Lang (√): <input type="checkbox"/> English/Inglés/Anglè <input type="checkbox"/> Spanish/Español/Panyòl <input type="checkbox"/> Creole/Criollo/Kreyòl			Hispanic? <input type="checkbox"/> Yes/Sí/Wi <input type="checkbox"/> No/No/Non Hispano/Ispanik	
Country of Birth/País de Nacimiento/Peyi kote ou fèt (√): <input type="checkbox"/> USA/Estados Unidos/Etazini <input type="checkbox"/> Other(Specify)/Otro-a(Especifique)/Lòt (Presize):				
Type of Address/Tipo de dirección:	Street Name/Apt #/Nombre de la calle/N° de apt.	City/State/Ciudad/Estado/Vil/Eta	Zip Code/Código Postal/Kòd Postal	
Address where you live Dirección donde vive Adrès Kote w rete				
Address where you receive mail (If different from where you live) Dirección donde recibe correspondencia (Si es diferente a donde vive) Adrè kote w resewa lèt (Si'l pa menm ak kote w rete a)				
Alternate Address and Telephone number for health care communications				
Telephone #/Teléfono/Niméwo Telefòn	Telephone Type/Tipo de Teléfono/Ki kalite Telefòn (√): <input type="checkbox"/> Cell/Celular/Selilè <input type="checkbox"/> Home/Casa/ Lakay <input type="checkbox"/> Work/Trabajo/Travay <input type="checkbox"/> Alternate <input type="checkbox"/> Fax/Fax/ Faks <input type="checkbox"/> Other/ Otro/Lòt			
Telephone #/Teléfono/Niméwo Telefòn	Telephone Type /Tipo de Teléfono/Ki kalite Telefòn (√): <input type="checkbox"/> Cell/Celular/Selilè <input type="checkbox"/> Home/Casa/ Lakay <input type="checkbox"/> Work/Trabajo/Travay <input type="checkbox"/> Alternate <input type="checkbox"/> Fax/Fax/ Faks <input type="checkbox"/> Other/ Otro/Lòt			
Do you or someone in your household work in farming (<u>including preparing, processing or transporting of product</u>) but travel for work during the farming season (Migrant)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Usted o alguien de su casa trabaja en el campo (<u>incluyendo en la preparación, procesamiento o transporte de productos</u>) pero viaja para trabajar durante la época de cosecha? (Emigrante) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Èske oumenm oubyen yon lòt moun nan kay la, ap travay nan agrikilti (ki gen ladan preparasyon, tretman, oswa transpòte pwodui), men ki vwayaje pou travay pandan sezon agrikilti (migran) <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non				
Do you or someone in your household live in the area and work in farming (<u>including preparing, processing or transporting of product</u>) all or part of the year (Seasonal)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Usted o alguien en su casa vive en la zona y trabajar en el campo (<u>incluyendo preparando, procesando o transportando productos</u>) todo el año o parte del año (por temporada)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Èské oumenm oubyen yon lòt moun nan kay la, rete nan zòn lane pi n ap travay nan agrikilti (ki gen ladan preparasyon, tretman, oswa transpòte pwodui) <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non				

Are you a Veteran? /¿Es usted un veterano de guerra?/Èské ou se Veteran? <input type="checkbox"/> Yes/Si/Wi <input type="checkbox"/> No/No/Non	
Were you a single birth? /Al nacer, ¿fue usted un solo bebé?/Èske w te yon sèl tibebe lè w te fèt? <input type="checkbox"/> Yes/Si/Wi <input type="checkbox"/> No/No/Non	
If NO, are you a: /Si respondiò No, es usted/Si se Non <input type="checkbox"/> Twin/Gemelo/Jimo <input type="checkbox"/> Triplet/Trillizo/Triplèt <input type="checkbox"/> Quadruplet/Cuatrillizo/Qwadruplèt <input type="checkbox"/> Other/Otro/Lòt _____	
Were you born /Usted nació/ Èske w te fèt? <input type="checkbox"/> First/Primero/Premye <input type="checkbox"/> Second/Segundo/Dezyèm <input type="checkbox"/> Third/Tercero/Twazyèm <input type="checkbox"/> Other/Otro/Lòt _____	
Are you 18 yrs or older? /¿Es usted mayor de 18 años?/ Èske w gen 18 an oswa piplis? <input type="checkbox"/> Yes/Si/Wi <input type="checkbox"/> No/No/Non	
If YES, what is your Highest Level of Education? /Si respondiò Sí, ¿cuál es su nivel más alto de educación?/ Si se WI, ki pi gwo klas ou fè lekòl	
EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA/KONTAK POU IJANS	
Name/Nombre/Non:	Relationship/Relación/Kisa li ye pou ou:
Telephone #/N° de Teléfono/Niméwo Telefòn:	Phone Type/Tipo de Teléfono/Ki kalite Telefòn (✓): <input type="checkbox"/> Cell/Celular/Selilè <input type="checkbox"/> Home/Casa/Lakay <input type="checkbox"/> Work/Trabajo/Travay <input type="checkbox"/> Fax/Fax/Faks <input type="checkbox"/> Other/Otro/Lòt

INSURANCE TYPE/SEGURO MÉDICO/ASIRANS MEDICAL (✓)		
<input type="checkbox"/> Health Care District <input type="checkbox"/> Healthy Palm Beaches <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> None/Ninguno/Okenn <input type="checkbox"/> Other/Otro/Lòt Specify/Especificar/Presize:		
Policy Number/Número de póliza/Nimewo Asirans:	Policy Holder/Titular de la póliza/ Mèt Asirans la:	Date of Birth/Fecha de Nacimiento/Dat Nesans:
PAYOR INFORMATION – Is the Head of Household responsible for paying the bills? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, complete the information below:		
PERSONA RESPONSABLE DE PAGOS- ¿Es el jefe de familia el responsable de pagar las cuentas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondiò No, por favor completar la información mencionada abajo		
ENFORMATYON PEMAN- Èske moun ki Alatèt kay la responsab pou peye bòdwo? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> NON Si se NON Ranpli enfomasyon ki anba yo:		
Name/Nombre/Non:	Date of Birth/Fecha de nacimiento/Dat ou Nesans:	
Social Security/Número de Seguro Social/ Social/Nimewo Sekirite Sosyal:	Address/ Dirección/Adrès:	
Telephone/Teléfono/Niméwo Telefòn:	Phone Type/Tipo de Teléfono/Ki kalite Telefòn (✓): <input type="checkbox"/> Cell/Celular/Selilè <input type="checkbox"/> Home/Casa/Lakay <input type="checkbox"/> Work/Trabajo/Travay <input type="checkbox"/> Fax /Fax/Faks <input type="checkbox"/> Other/Otro/Lòt	
I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE CL BRUMBACK PRIMARY CARE CLINICS, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY MAKE ME INELIGIBLE FOR SERVICES PROVIDED BY THE CLINIC OR I MAY BE REQUIRED TO PAY 100% OF THE BILL.		
YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. DOY MI CONSENTIMIENTO A CL BRUMBACK PRIMARY CARE CLINICS, PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROVISTA. ENTIENDO QUE DAR INFORMACIÓN FALSA O INCORRECTA PUEDE HACERME NO ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS EN LA CLÍNICA. O PUEDO TENER QUE PAGAR EL 100% DE LA FACTURA.		
MWEN SETIFYE KE ENFÒMASYON YO KI ANWO A KÒRÈK SELON TOUT SA MWEN KONNEN BYEN. MWEN BAY KONSANTMAN M POU CL BRUMBACK PRIMARY CARE CLINICS KAPAB VERIFYE ENFÒMASYON MWEN BAY YO. MWEN KONPRANN KE BAY ENFÒMASYON KI FO OSWA KI PA KÒRÈK KA FE MWEN PA KALIFYE POU SÈVIS YO BAY NAN KLINIK LA OUBYEN MWEN KA OBLIJE PEYE 100% NAN BÒDWO A.		
Client/Parent/Guardian Signature/ Firma del Cliente, Padre, Madre, El Guardián/Siyati Kliyan/Paran/Gadyen legal:		Date/Fecha/Dat: _____
<input type="checkbox"/> Client/Cliente/Kliyan <input type="checkbox"/> Parent/Padre-Madre/Paran <input type="checkbox"/> Guardian/El Guardián/Gadyen legal		
Facility: <input type="checkbox"/> Belle Glade <input type="checkbox"/> Delray <input type="checkbox"/> Lantana/LW <input type="checkbox"/> West Palm Beach		