

**THE WAY FREE MEDICAL CLINIC
CHECK IN FORM**

ALL QUESTIONS ARE STRICTLY CONFIDENTIAL AND WILL BE PART OF YOUR MEDICAL RECORD.
(TODA RESPUESTA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y QUEDARA PARTE DE SU ARCHIVO MEDICO)

Do you have any type of medical insurance? (Medicare/Medicaid) Yes No

¿Tienes algún tipo de seguro médico? (Medicare/Medicaid) Si No

Name (Last/First/Middle)/ Nombre (Apellido/Nombre):		Date: Fecha:	
DOB (Mo/Day/Yr)/ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):			<input type="checkbox"/> M (H) <input type="checkbox"/> F (M)
Address/ Dirección:			
City/ Ciudad:		Zip Code/ Código Zip:	
Home Phone/ Teléfono:		Cell Phone/ Número de móvil:	
Social Security Number (if applicable): Numero de Seguro social (si corresponde):			
Emergency Contact Number/ Móvil de contacto de emergencia:			
Primary Language/ Idioma Primario:	<input type="checkbox"/> English/ <i>Inglés</i>	<input type="checkbox"/> Spanish/ <i>Español</i>	<input type="checkbox"/> French Creole/ <i>Créole Francais</i> <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otra</i>

Race/ Raza:	<input type="checkbox"/> Decline to Answer/Rehusa Contestar	<input type="checkbox"/> Asian/Asiático				
	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/Indigena Americano ó Native de Alaska	<input type="checkbox"/> Black or African American/Negro ó Africano Americano				
	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Native Hawaiano ó de Otra Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> White/Blanco				
Ethnicity/ Ethnica:	<input type="checkbox"/> Decline to Answer/Rehusa Contestar	<input type="checkbox"/> Central American/Centro Americano				
	<input type="checkbox"/> Cuban/Cubano	<input type="checkbox"/> Dominican/Dominicano				
	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Spanish/Hispano ó latino/Español	<input type="checkbox"/> Latin American/Latin, Latino/Latinoamericano, Latino				
	<input type="checkbox"/> Mexican/Mexicano	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino/No Hispano ó Latino				
	<input type="checkbox"/> Puerto Rican/Puertorriqueño o Boricua	<input type="checkbox"/> South American/Sudamericano				
Reason for Visit:						
Marital Status/ Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Single/ Soltero	<input type="checkbox"/> Partnered/ Con Pareja	<input type="checkbox"/> Married/ Casado	<input type="checkbox"/> Divorced/ Divorciado	<input type="checkbox"/> Separated/ Separado	<input type="checkbox"/> Widowed/ Viudo