



GARLAND
PUBLIC HEALTH

**Garland Public Health Clinic
Patient Registration Form**

Patient Information *If Patient has had fever during last 24 hours OR may be pregnant, please inform front desk.*

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Date of Birth: _____ Male: Female:

Address: _____ Apt. # _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Contact Phone Number: _____ Email: _____

If minor Parent/Guardian Last Name: _____ First Name: _____

Parent/Guardian Date of Birth: _____

Would you like to have your blood pressure taken? YES NO (must be 18yrs or older)

Would you like the flu vaccine? YES NO

Would you like recommended vaccines in addition to the required vaccines? YES NO (*such as HPV or Men B*)

If child has had Chicken Pox Disease please give approximate date: _____

If child does not have a Doctor would you like some information? YES NO

Eligibility:

NO Health Insurance Has Health Insurance _____

Medicaid Member ID# _____

Chip Member ID# _____

Underinsured (*has health insurance that does not cover vaccines*)

Alaskan Native

American Indian

I understand that the City of Garland Health Department complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) Privacy Rule. I understand that the City of Garland Health Department Maintains the privacy of patient’s information in accordance with federal and state laws.

By signing I am acknowledging receipt of this notice. **If insurance does not pay for services rendered patient or policy holder is responsible for payment.**

Signature of Patient or Representative of a minor

Relationship to Patient

Date



GARLAND
PUBLIC HEALTH
Ciudad de Garland
Departamento de Salud

Por favor escriba en letra de imprenta

Información del Paciente *Si el paciente ha tenido fiebre en las últimas 24 horas o si hay posibilidades de que este embarazada, informe a recepción.*

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Varón: Hembra:

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Para Menores: Fecha de nacimiento de Padres/Guardianes: _____

Nombre completo de los Padres/Guardianes: _____

Le gustaría la vacuna contra el flu (gripe)? _____

Le gustaría que le tomemos la presión arterial? Sí No *(Para adultos de 18 años o más)*

Le gustaría tomar las vacunas recomendadas en conjunto con las requeridas? _____ *(ejemplo: HPV o Men B)*

El paciente ha tenido la enfermedad de varicela? Yes ___ No ___ indique una fecha aproximada: _____

Si su hijo(a) no tiene un doctor, le gustaría recibir información? _____

Elegibilidad (marque uno)

No tiene Seguro Medico Si tiene Seguro Medico

Medicaid # de miembro _____

Chip # de miembro _____

Seguro Médico Insuficiente *Tiene seguro médico pero la cobertura no incluye las vacunas*

Nativos de Alaska

Indio Americano

Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland cumple con la Ley de el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") Regla de Privacidad. Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland mantiene la privacidad de la información del Paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales. **En caso que la aseguranza no pague por los servicios recibidos, el paciente o la persona responsable estará encargado de pagar el balance total.**
Al firmar estoy afirmando recibo de esta notificación.

Firma del Paciente o Representante de un menor de edad

Relación al Paciente

Fecha