

The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center
CLIENT DATA SHEET

Today's Date: _____

HEALTH CENTER LABEL

Legal Name (please print):

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

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Social Security #: _____

Street Address: _____ Apt #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email Address: _____ Cell Phone #: _____

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

Sex at Birth:

- Female
 Male

Gender Identity:

- Female Male
 Non-Conforming
 Write in: _____

Race (check all that apply):

- Black White Asian
 American Indian/Alaska Native
 Native Hawaiian/Pacific Islander

Do you think of yourself as:

- Lesbian, Gay or Homosexual
 Straight or Heterosexual
 Bisexual
 Do not know
 Choose not to disclose
 Write in: _____

Pronouns:

- She/Her
 He/Him
 They/Them
 Write in: _____

Ethnicity:

- Hispanic/Latino Non-Hispanic/Non-Latino

What language(s) do you speak at home?

- English Spanish French
 Other, write in: _____

Emergency Contact:

First & Last Name: _____ Relationship to you: _____

Cell Phone #: _____ Email Address: _____

Education Info:

Highest Grade Completed: _____ Are you currently: Full-Time Student Part-Time Student Not a Student

Means of Support (check all that apply):

Work Parents/Guardians Public Assistance Partner Friends Other: _____

Are you currently working? No Yes - If yes, Name of your Employer: _____

Do you get pay stubs? Yes No Amount paid: \$ _____ Weekly Bi-weekly Monthly

Insurance Info:

Do you (or your parent/guardian) have:

Medicaid? Yes No Medicaid Plan/Number: _____

Health insurance? Yes No Insurance Plan/Number: _____

Is it okay to bill your plan? 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 HEALTH CENTER STAFF: Staff Initials: _____ Date Reviewed: _____

Patient is working and advised to bring in most recent pay stub or employment letter. Patient is unemployed.

The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes
HOJA DE DATOS DEL CLIENTE

Fecha de hoy: _____

ETIQUETA DEL CENTRO DE SALUD

Nombre legal (en letra de imprenta):

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ N° del Seguro social: _____

Dirección: _____ N° de Dpto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

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

Se le puede contactar por (*marque todas las que correspondan*):

Correo postal Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico Portal

Sexo de nacimiento:

Femenino
 Masculino

Identidad de género:

Femenino Masculino
 No conforme
 Escriba: _____

Usted se considera:

Lesbiana, gay u homosexual
 Hetero o heterosexual
 Bisexual
 No lo sé
 Elija no divulgar
 Escriba: _____

Prosnombres:

Ella
 El
 Usted
 Escriba: _____

Raza (*marque todas las que correspondan*):

Negro Blanco Asiático
 Indígena Norteamericano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai/de las islas del Pacífico

Grupo étnico:

Hispano/Latino No Hispano/No Latino

¿Qué idioma(s) habla en su casa?

Inglés Español Francés
 Otro, escriba: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre y apellido: _____ Relación: _____

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

Información de educación:

Grado más alto alcanzado: _____ Usted actualmente es: Estudiante de tiempo completo
 Estudiante de tiempo parcial No es estudiante

Fuentes de ingresos (*marque todas las que correspondan*):

Empleo Padres/Tutores Asistencia pública Pareja Amigos Otra: _____

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

¿Le dan recibos de salario? Sí No Monto de salario: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual

Información del seguro:

¿Usted (o sus padres/tutor) tiene

Medicaid? Sí No Plan de Medicaid/Número: _____

¿Seguro de salud? Sí No Plan de seguros/Número: _____

¿Está bien facturarle a su plan? Sí No (Si usted no tiene esta información, por favor trate de traerla en su próxima visita.)

Según mi conocimiento, la información anterior es verdadera. Le informaré al personal de cualquier cambio en mi información.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CENTER STAFF: Staff Initials: _____ Date Reviewed: _____

Patient is working and advised to bring in most recent pay stub or employment letter. Patient is unemployed.