



Today's Date: \_\_\_\_\_

Legal Name: \_\_\_\_\_ Preferred name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

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

Is it OK to send mail to this address?  Yes  No  
If you have an outstanding balance for your visit, or owe towards your insurance, we will send statements in the mail to your address regardless of your preference

Cell phone: \_\_\_\_\_ Message OK?  Yes  No Text OK?  Yes  No

Other phone: \_\_\_\_\_ Message OK?  Yes  No We will contact you on your cell phone first unless you tell us otherwise

Email: \_\_\_\_\_ Email OK?  Yes  No

**How did you hear about us?**

- Another Doctor/Clinic who? \_\_\_\_\_
- Friend/ Family
- Community fair/festival which? \_\_\_\_\_
- My Insurance
- WIC / TANF / SNAP / GENESIS
- Social Media where? \_\_\_\_\_
- Newspaper or Bus Ad
- Presentation where? \_\_\_\_\_
- Google or other Search
- Other \_\_\_\_\_

Sex Assigned at Birth		Preferred Language		Relationship Status		Student Status	
<input type="checkbox"/>	Female	<input type="checkbox"/>	English	<input type="checkbox"/>	Annulled	<input type="checkbox"/>	Full Time Student
<input type="checkbox"/>	Male	<input type="checkbox"/>	Spanish	<input type="checkbox"/>	Divorced		WHERE?
<input type="checkbox"/>	Intersex	<input type="checkbox"/>	Arabic	<input type="checkbox"/>	Separated	<input type="checkbox"/>	Not a Student
<b>Gender</b>		<input type="checkbox"/>	Czech	<input type="checkbox"/>	Life Partner	<input type="checkbox"/>	Part Time Student
<input type="checkbox"/>	Woman	<input type="checkbox"/>	German	<input type="checkbox"/>	Married / Civil Union	<input type="checkbox"/>	WHERE?
<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>	Hindi	<input type="checkbox"/>	Polyamorous	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Transgender	<input type="checkbox"/>	Mandarin	<input type="checkbox"/>	Single		
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Nepali	<input type="checkbox"/>	Widowed		
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Other: _____	<input type="checkbox"/>	_____		
Preferred Pronouns		Race- check at least one		Ethnicity		Sexual Orientation	
<input type="checkbox"/>	She / Her	<input type="checkbox"/>	Asian or Asian American	<input type="checkbox"/>	Hispanic or Latino/a	<input type="checkbox"/>	Gay
<input type="checkbox"/>	He / His		<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	Not Hispanic or Latino/a	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ze / Zhr	<input type="checkbox"/>		Black or African American	<input type="checkbox"/>	I don't want to respond	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Them / They		<input type="checkbox"/>	American Indian or Eskimo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>		White / Caucasian			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	I don't want to respond	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	I don't want to respond
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**EMERGENCY CONTACT (ALL PATIENTS)**

*If you are under 18: You must list a parent or guardian. In Colorado, the law states that minors can access birth control and STI-related services without parental notification or consent.* **Do your parents/guardian know you receive services here?**  Yes  No

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_ **Does this person know you receive services here?**  Yes  No  
**Is it OK to contact this person if we can't reach you?**  Yes  No

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle correo a esta dirección?  Sí  No Si tiene un saldo pendiente por su visita, o debe hacia su seguro, le enviaremos los estados de cuenta por correo a su dirección independientemente de su preferencia.

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ mensaje OK?  Sí  No texteo OK?  Sí  No

Otro teléfono: \_\_\_\_\_ mensaje OK?  Sí  No Intentaremos contactarle en su celular primero al menos de que nos diga lo contrario.

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail OK?  Sí  No

**¿Cómo se enteró acerca de nosotros?**

- Médico/Doctor/clínica, ¿quien? \_\_\_\_\_  Medios de comunicación social ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Amigo/familia  Periódico / Autobús  
 Feria de la comunidad / festival ¿Cuál? \_\_\_\_\_  Presentación ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Mi Seguro Médico  Búsqueda en línea/Sitio en internet  
 WIC / TANF / SNAP / GENESIS  Otra \_\_\_\_\_

Sexo al nacer	Idioma preferido	Estado de relación	Estado de estudiante
Mujer / femenino	Inglés	Anulado	de tiempo completo en:
Hombre / masculino	Español	Divorciad@	
Intersexual	Árabe	Separad@	No un estudiante
<b>Género</b>	Checo	Pareja de vida	de medio tiempo en:
	Alemán	Casad@ / Unión Civil	
Mujer / femenino	Hindi	Polyamorous	
Hombre / masculino	Mandarín	Solter@	
Transgender / transgénero	Nepali	Viud@	
	Otro: _____		
Pronombres Preferidos	Raza Marque por lo menos una	Orígen étnico	Orientación sexual
Ella / la	Asiáti@ o Asiatic@ American@	Hispan@	Gay
Él / el		Latin@	Lesbiana
Ele / le	Nativo hawaian@ o Islas del Pacífico	No hispan@ o Latin@	Bisexual
Ze / Zhr			Heterosexual/Straight
	Negr@ o African@ American@ Indi@ american@ o Esquimal	No quiero responder	Queer/Jot@
			Pan/Omni En cuestión
	Blanc@ / caucásic@		No quiero responder
	No quiero responder		_____

**Contacto de emergencia (TODAS LAS PACIENTES)**

**Su eres menor de 18 años:** Tienes que dar el nombre de uno de tus padres o tutor. La ley in Colorado permite que menores de edad tengan acceso a anticonceptivos y tratamiento de infecciones de transmission sexual sin notificar o obtener consentimiento de tus padres.

¿Saben tus padres/guardianes que recibes servicios aquí?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Sabe esta persona que recibe servicios aquí?  Sí  No

¿Podemos contactar a esta persona si no podemos hablar con usted?  Sí  No