

CureMD REGISTRATION (Patient Information)

RANDOLPH COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2222-B S. Fayetteville Street
Asheboro, NC 27205

ID Rec'd

ID Returned

- Driver License Insurance Card
 Medicaid Card Medicare Card
 Birth Certificate Other:

Date: **WALK-IN (enter on schedule, register)** **Appt. Time:** **Arrival Time:**

First Name	Middle Initial	Last Name
------------	----------------	-----------

I am: Male Female Other

I identify myself as: Male Female Female to Male Male to Female Genderqueer Other Choose not to answer

I am: Homosexual Heterosexual Bisexual Other Don't know Choose not to answer

I am: Single Married Separated Divorced Widowed Partnered Unknown

Date of Birth: Age: SS#:

Mother's Maiden Name (First, Middle Initial, Last)

Mailing Address City State Zip Code County

Physical Address (where you actually live) City State Zip Code County

Most likely to be reached phone number: Mobile Home Work

Alternate Phone Number: Mobile Home Work

May we call you at the numbers listed above: Yes No

May we send you mail at the address above: Yes No

Email:

Hispanic: Yes No

Preferred Language: English Spanish Other _____

I need and want an interpreter today: (check one) Yes No

Race: Asian American Indian or Alaskan Native White
 Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander

If minor child → Mother Father Guardian Name:

Confidential Contact Name: **Phone Number:**

Are you a: **Migrant Worker** Yes No Choose not to answer
 Seasonal Worker Yes No Choose not to answer

Are you homeless: No Yes **and I live in the following situation:**
 Homeless Shelter Transitional (temporary) housing Doubling Up (live with family, friends or non-relatives) Street Other _____
 Choose not to answer

The Pharmacy (drug store) I use is:

My family doctor is: I don't have one

I have: Insurance Medicaid Medicare Health Choice Other: None

Signature: _____

Please have ready: ID and Insurance/Medicaid/Medicare cards

CureMD REGISTRATION (Patient Information)

RANDOLPH COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2222-B S. Fayetteville Street
Asheboro, NC 27205

- ID Rec'd ID Returned
- Driver License Insurance Card
 Medicaid Card Medicare Card
 Birth Certificate Other:

Date: <input type="checkbox"/> WALK-IN (enter on schedule, register)		Appt. Time:		Arrival Time:	
Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Apellido	
Yo soy: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro					
Me identifico como: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Género homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Yo soy: <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Yo soy: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Vivo con mi pareja <input type="checkbox"/> No sé					
Fecha de Nacimiento:		Edad:		# de Seguro Social:	
Nombre de soltera de su madre (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)					
Dirección para Correspondencia		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Física (en donde vive actualmente)		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
# de teléfono donde podemos localizarlo:			<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo
# de teléfono alternativo:			<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo
Podemos llamar a los números listados arriba: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Podemos mandar correspondencia a la dirección de arriba: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Correo Electrónico:					
Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Idioma de Preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____					
Deseo y necesito intérprete hoy: (marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o Natural de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano u otra Isla del Pacífico					
Si es menor de edad → <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nombre del Guardián Legal:					
Nombre de un Contacto Confidencial:			Número de Teléfono:		
Usted es: Trabajador Inmigrante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder Trabajador de Temporada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Está usted sin hogar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí y mi situación de vivienda es la siguiente: <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> En una vivienda de transición <input type="checkbox"/> Vivo con familiares, amistades <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Mi Farmacia es:					
Mi doctor de Cabecera es: <input type="checkbox"/> No tengo doctor					
Yo tengo: <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Choice <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Ninguno					

Firma: _____

Favor de tener listo: Identificación y Tarjeta de Seguro Médico/Medicaid/Medicare