



PACH Clinic Patient Form / Clinica PACH Formulario de Paciente

Please print clearly! / ;Por favor escriba claramente!

Date/Fecha _____

Are you a returning patient? /¿Es un paciente que está regresando? Yes/Sí ____ No ____

Name/ Nombre _____

Date of birth/Fecha de nacimiento _____ Age/Edad _____

Sex/Sexo: M__ F__ Unspecified/No especificado _____

Email/ Correo electrónico _____

Phone/Teléfono: Home/Casa _____ Cell/ Celular _____ Texting OK? _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado ____ Zip/ Código postal _____

Language preference/lenguaje de su preferencia _____

Emergency Contact/ Contacto en caso de una emergencia:

Name/Nombre: _____ Phone/Teléfono: _____

Pharmacy Name/Nombre de su farmacia _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado ____ Zip/ Código postal _____

Why are you here today? /¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

| |
|---|
| <p>Insurance/ Seguro Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Insurance</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> AHCCCS</p> <p><input type="checkbox"/> AHCCCS Eligible</p> <p><input type="checkbox"/> VA Eligible</p> <p><input type="checkbox"/> None/Ninguno</p> |
|---|

Smoking Status: Never Smoker /Nunca ha fumado Former smoker / Fumaba antes Current everyday smoker / Fuma a diario Heavy tobacco smoker / Fuma mucho Unknown if ever smoked / No se sabe si ha fumado Smoker current status unknown / Estado de fumarse no se sabe Current some day smoker / Fuma ocasionalmente Light tobacco smoker / Fuma poquito

Allergies/Alérgias: _____