



# PBCHD REGISTRATION/ELIGIBILITY FORM

## BOLETO DE REGISTRACION DEPARTAMENTO DE SALUD DE PALM BEACH COUNTY

### ENGLISH/SPANISH

#### CLIENT INFORMATION/INFORMACION DEL CLIENTE

Please Print Clearly/*Por Favor Escriba Claro*

For Financial information only, not official medical record. To be filed **under** eligibility.

|  |  |   |                           |  |  |                                 |
|--|--|---|---------------------------|--|--|---------------------------------|
| <b>First Name/Primer Nombre</b>  |  | <b>Middle/Segundo</b>   | <b>Last Name/APELLIDO</b> |  | <b>Suffix/Sufijo (Jr, II)</b>  |                                 |
| <b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento</b><br>Month/Mes      Day/Día      Year/Año   |  | <b>Sex/Sexo (✓):</b><br><input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Transgender/Transsexual   |                           |  | <b>SS# / No. Seguro Social</b><br>-      -   |                                 |
| <b>Marital Status/Estado Civil (✓):</b> <input type="checkbox"/> Single/Soltero-a <input type="checkbox"/> Married/Casado-a <input type="checkbox"/> Separated/Separado-a <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado-a <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo-a  |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Race/Raza (✓):</b> <input type="checkbox"/> White/Blanco-a <input type="checkbox"/> Black/African American/Negro-a Americano-a Africano-a <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native/Indio-a Americano-a Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asian Indian/Indio-a Asiatico-a <input type="checkbox"/> Other (Specify)/Otro-a (Especifique):  |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Language/Idioma (✓):</b> <input type="checkbox"/> English/Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Creole/ Creól <input type="checkbox"/> Other (Specify)/Otro-a (Especifique):   |  |   |                           |  | <b>Hispanic/Hispano?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No |                                 |
| <b>Country of Birth/Pais de Nacimiento (✓):</b> <input type="checkbox"/> USA/Estados Unidos <input type="checkbox"/> Other (Specify)/Otro-a Especifique:   |  |   |                           | <b>HCH PROGRAM/Programa HCH?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No |  |                                 |
| <b>Address where you live/Dirección donde vive</b>   |  |   |                           |  | <b>Apt #</b>   |                                 |
| <b>City/Ciudad</b>   |  |   |                           |  | <b>State/Estado</b><br><b>FL</b>   | <b>Zip Code/Código Postal:</b>  |
| <b>Address where you receive mail (If different from where you live) / Dirección donde recibe correspondencia (Si es diferente a donde vive)</b>   |  |   |                           |  | <b>Apt #</b>   |                                 |
| <b>City/Ciudad</b>   |  |   |                           |  | <b>State/Estado</b><br><b>FL</b>   | <b>Zip Code/ Código Postal:</b> |
| <b>Telephone #/Teléfono:</b>   |  | <b>Telephone Type/Teléfono Tipo:</b> <input type="checkbox"/> Cell/Móvil <input type="checkbox"/> Home/Hogar <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Other/Otro |                           |  |  |                                 |
| <b>Do you or someone in your household work in farming (including preparing, processing or transporting of product) but travel for work during the farming season (Migrant)/Usted o alguien de su casa trabaja en el campo (incluyendo; preparando, procesando o transportando productos) pero viaja para trabajar durante la época de cosecha (Emigrante)?</b> Yes/Si <input type="checkbox"/> No   |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Do you or someone in your household live in the area and work in farming (including preparing, processing or transporting of product) all or part of the year (Seasonal)/Usted o alguien de su casa vive y trabaja en el campo (incluyendo; preparando, procesando o transportando productos) todo el año o parte del año (por temporada)?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No                              |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Are you a Veteran/Usted es un Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No   |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Were you a single birth/Al nacer, Fue usted un solo bebe?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No   |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>If NO, are you a/ Si Respondio No, es usted:</b> <input type="checkbox"/> Twin/Gemelos <input type="checkbox"/> Triplets/Trillizos <input type="checkbox"/> Quads,Quints or More/Quadruples,Quintuples o mas<br><b>Were you born/ Cuando Nacio?</b> <input type="checkbox"/> First/Primero <input type="checkbox"/> Second/Segundo <input type="checkbox"/> Third/Tercero <input type="checkbox"/> Fourth or more? /Cuarto,Quinto/o mas |  |   |                           |  |  |                                 |
| <b>Are you 18 yrs or older/ Usted es mayor de 18 años?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <b>If YES, what is your Highest Level of Education/Si Respondio Si, Cuál es su nivel más alto de educación?</b>   |  |   |                           |  |  |                                 |

#### EMERGENCY CONTACT/ CONTACTO DE EMERGENCIA

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Name/Nombre:</b>          | <b>Relationship/Relación:</b>  |
| <b>Telephone #/Teléfono:</b> | <b>Phone Type/Teléfono Tipo(✓):</b> <input type="checkbox"/> Cell/Móvil <input type="checkbox"/> Home/Hogar <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Other/Otro |

**HEALTH INSURANCE / SEGURO MÉDICO (✓)**
 Health Care District   
 Healthy Palm Beaches   
 Medicaid   
 Medicare   
 None/Ninguno   
 Other(Specify)/Otro (Especifique)

Policy #/Número de póliza:

\*Name of Policy Holder/Nombre del Asegurado:

Date of Birth/Fecha de Nacimiento:

**PAYOR INFORMATION/ PERSONA RESPONSABLE DE PAGOS**Is the Head of Household responsible for paying the bills?  Yes  No If **NO**, complete the information below:¿Es la cabeza de familia responsable de pagar las cuentas?  Si  No Si respondió No, Por favor completar la información mencionada abajo

Name/Nombre:

Date of Birth/Fecha de Nacimiento:

Social Security #/No. Seguro Social:

Address/Dirección:

Telephone #/Teléfono:

Phone Type/Teléfono Tipo(✓):  Cell/Móvil  Home/Hogar  Work/Trabajo  Fax  Other/Otro**HOUSEHOLD FINANCIAL INFORMATION/ INFORMACION FINANCIERA**

\*List the Head of Household first, then the name of each person in the household/\*Escriba primero cabeza de familia, luego otros miembros de la familia que vivan en el hogar

Examples of Income Types: Social Security/Wages/AFDC/Child Support/Unemployment/Workers Compensation/Self-employment Income/Alimony

Ejemplos de tipos de salarios: Seguro Social/Salarios/AFDC/Pensión de Menores/Desempleo/Compensación de trabajo, Pensión alimenticia

| First Name/Primer Nombre | MI Segundo | Last Name/Apellido | Relationship to Head of Household/ Su relación a la cabeza de casa | DOB (MM/DD/YY) Fecha de Nacimiento | Sex/Sexo  | Social Security Number/ No. Seguro Social | Race/Raza | Employer's Name/Nombre del Empleador | Monthly Gross Income/ Sueldo Bruto Mensual | Type Of Income/ Tipo de Entrada | Child Care Expense (Monthly)/ Gasto Cuidado de niños (guardería) Mensual |
|--------------------------|------------|--------------------|--|------------------------------------|---|---|-----------|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
|                          |            |                    | Head of Household/ cabeza de casa                                  |                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |   |           |                                      | \$   |                                 | \$   |
|                          |            |                    |  |                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |   |           |                                      | \$   |                                 | \$   |
|                          |            |                    |  |                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |   |           |                                      | \$   |                                 | \$   |
|                          |            |                    |  |                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |   |           |                                      | \$   |                                 | \$   |
|                          |            |                    |  |                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |   |           |                                      | \$   |                                 | \$   |

**Other Needed Information/Otras informaciones Necesarias:**Are you making any payments for child support  Yes  No If yes, how much is paid each month? \$ \_\_\_\_\_Esta usted haciendo pagos de sustención de hijo(a, as, os)?  Si  No Si respondió Sí, Cuanto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_Are you or any of the family members pregnant?  Yes  No If Yes, Who \_\_\_\_\_

Due Date: \_\_\_\_\_

# Babies Due # \_\_\_\_\_

Esta usted ó algun miembro de su familia embarazada?  Si  No Si respondió Sí, Quien? \_\_\_\_\_

Fecha Probable del Parto: \_\_\_\_\_

Cantidad de Niños por Nacer: \_\_\_\_\_

**I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED/ YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA. YO DOY MY CONSENTIMIENTO AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PALM BEACH PARA VERIFICAR LA INFORMACION ADQUIRIDA.**

Client/Parent/Guardian Signatura/Firma del Cliente, Padre, Guardian:

Date/Fecha:

**OFFICIAL USE ONLY**    Facility   
 Belle Glade   
 Delray   
 Jupiter   
 Lantana/LW   
 Pahokee   
 Riviera   
 West Palm Beach

Registered by:

Date: