

**REGISTRATION FORM**

 MR#: 

\*請打印的所有信息

<b>病人信息</b>	你認為自己是無家可歸？ 是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>		
姓:	<input type="text"/>	名字:	<input type="text"/>
出生日期:	<input type="text"/>	中間初始:	<input type="text"/>
社會保障#:	<input type="text"/>	性別: 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	老將: 是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>
家庭住址:	<input type="text"/>	城市:	<input type="text"/>
		郵政編碼:	<input type="text"/>
家裡的電話:	<input type="text"/>	手機: :	<input type="text"/>
		工作電話:	<input type="text"/>
電子郵件地址:	<input type="text"/>	指定首選聯繫方式	<input type="text"/>
		如家庭電話, 手機, 工作電話, 或電郵	
翻譯需要:	是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>	如果是, 什麼語言? <input type="text"/>	是患者未成年人, (<18): 是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>
婚姻狀況:	<input type="text"/>	母親的娘家姓:	<input type="text"/>

<b>業</b>			
雇主:	<input type="text"/>	雇主地址:	<input type="text"/>
雇主電話:	<input type="text"/>	職業:	<input type="text"/>

<b>月收入</b>			
是病人的家庭的頭?	是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>	頭家喻戶曉的名字:	<input type="text"/>
月收入:	\$ <input type="text"/>	家庭規模:	<input type="text"/>
		戶主的生日:	<input type="text"/>

<b>穆斯林族群</b>	<b>競賽</b>
<input type="checkbox"/> Afghani <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> East Indian <input type="checkbox"/> European	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Alaska Native
<input type="checkbox"/> Hawaiian Native <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> Indochinese <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Native American	<input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Undeclared <input type="checkbox"/> Other / Specify Below: _____ _____
<input type="checkbox"/> Pakistani <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Undeclared <input type="checkbox"/> Other / Specify Below: _____ _____	

<b>緊急聯絡</b>	名字:	<input type="text"/>	主要電話:	<input type="text"/>
	你是怎麼知道我們的?	<input type="text"/>		