Print or Label
Name:
MRN#:
Date of Birth:
Sex:
Race:
Location:

PATIENT REGISTRATION FORM

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Health Center Code: _____ **MRN:** _____ **Registration Date:** _____ **FPL%:** _____

Notice About MyChart Access: Effective September 1, 2025, a new Texas law (Senate Bill 1188) grants parents or guardians full MyChart access to their child's health record from ages 0–17.
PLEASE COMPLETE FORM BELOW THIS LINE:

Patient Name: _____
Last First Middle Name Maiden

Preferred Name: _____ **Social Security Number**: _____ **Date of Birth**: _____

Legal Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Unknown

For patients 12 y/o and older, complete SOGI questions below:

Sexual Orientation: ☐ Straight or Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay ☐ Lesbian ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Omnisexual ☐ Asexual ☐ Questioning/Unsure ☐ Something else ☐ Gay ☐ Choose not to disclose

Gender Identity: ☐ Male ☐ Female ☐ Transgender Male ☐ Transgender Female ☐ Other ☐ Non-binary/genderqueer ☐ Questioning ☐ Two Spirit ☐ Choose not to disclose

Sex Assigned at Birth: ☐ Male ☐ Female ☐ Not recorded on birth certificate ☐ Intersex ☐ Choose not to disclose

Pronouns: ☐ she/her/hers ☐ he/him/his ☐ they/them/theirs ☐ ze/hir/hirs ☐ ey/em/eirs ☐ xe/xem/xyrs ☐ ve/vir/vis ☐ other ☐ patient's name ☐ decline to answer

Address: _____
Number Street Apt. #

Address: _____ **Mobile Phone:** (_____) _____
City State County Zip

Home Phone: (_____)_____ **Work Phone**: (_____)_____ **Email:** _____

Marital Status: ☐Divorced ☐Domestic Partner ☐Legally Separated ☐Married ☐Other ☐Significant other ☐Single ☐Unknown ☐Widowed

Ethnic Group: ☐ Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin ☐ Cuban ☐ Mexican, Mexican American, or Chicano/a ☐ Multiple Hispanic, Latino/a, or Spanish Origins ☐ Non-Hispanic, Latino/a , or Spanish ☐ Puerto Rican ☐ Unknown

Race: ☐ Alaskan Native ☐ American Indian ☐ Asian Indian ☐ Black/African American ☐ Chinese ☐ Filipino ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Asian ☐ Other Pacific Islander ☐ Patient Refused ☐ Samoan ☐ Vietnamese ☐ White ☐ Unknown

HOW MAY WE CONTACT YOU? (Check all that apply) ☐ Mail ☐ Phone ☐ Text ☐ Email ☐ MyChart ☐ Do not contact

Veteran Status: ☐No ☐Uncollected ☐Yes **Preferred Language:** _____ **Interpreter Needed?** ☐ Yes ☐ No

IN CASE OF EMERGENCY, please notify: Name: _____ **Relationship:** _____ **Legal Guardian?** ☐ Yes ☐ No

Phone: (_____) _____ ☐Home ☐Mobile ☐ Work **Phone**: (_____) _____ ☐Home ☐Mobile ☐ Work

Homeless Status: ☐ At Risk for Homeless ☐ Currently Not Homeless, was in last 12 months ☐ Homeless Unknown Shelter ☐ Living in Shelter ☐ Living with Others ☐ Not Homeless ☐ Street, Camp, Bridge ☐ Transitional Housing

Migrant/Seasonal: ☐ Migrant ☐ Seasonal ☐ Neither

***FINANCIAL INFORMATION – ATTENTION: FAILURE TO COMPLETE THIS INFORMATION WILL RESULT IN A FULL PAY SERVICE FEE**

Family Size: (Number in Household) _____ Total Gross Household Income per Month: (earned and unearned) $_____

Medicare #: _____ Medicaid #: _____HTW#_____

OTHER SUPPORT (check all responses that apply)
☐ Private Insurance: (name)_____ Group No.:_____ ID No.:_____

☐Harris Health Financial Assistance Plan # _____ Exp. Date: _____ Elig. Code: _____

☐SSI Benefits ☐Social Security Benefits ☐VA Benefits ☐Unemployment Benefits ☐Child Support ☐WIC ☐TANF

☐Food Stamps (SNAP) ☐Workmen's Compensation ☐Pension Allotment ☐Other _____

The information that I have provided is correct to the best of my knowledge. I understand that if I report false information concerning my income and family size, and therefore attempt to obtain services at discount rates for which I am not eligible, I can be prosecuted under applicable state and federal laws.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Name of Patient/Guardian (please print): _____
First Name Last Name

Print or Label
Name:
MRN#:
Date of Birth:
Sex:
Race:
Location:

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Health Center Code: _____ **MRN:** _____ **Registration Date:** _____ **FPL%:** _____

Aviso sobre el acceso a MyChart: A partir del 1 de septiembre de 2025, una nueva ley de Texas (Proyecto de Ley del Senado 1188) otorga a los padres o tutores acceso completo a MyChart al expediente médico de sus hijos desde los 0 hasta los 17 años de edad.
POR FAVOR DE COMPLETAR LA INFORMACION DEBAJO DE ESTA LINEA:

Nombre completo del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Apellido de Soltera

Nombre Preferido:_____ **Número de Seguro Social**: _____ **Fecha de Nacimiento**:_____
(Mes/Día/Año)

Sexo Legal: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Se Sabe

Para pacientes de 12 años o más, complete las preguntas SOGI a continuación:

Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Omnisexual ☐ Asexual ☐ Questioning/Unsure ☐ Algo más ☐ Prefiero no revelar

Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero masculino ☐ Transgénero femenino ☐ Otro ☐ Prefiero no revelar ☐ Género no binario/Género variante ☐ Questioning ☐ Two Spirit

Sexo Asignado al Nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No registrado en el certificado de nacimiento ☐ Intersexual ☐ Prefiero no revelar

Pronombres: ☐ ella/la ☐ él/lo ☐ ellos/ellas/los/las ☐ ze/hir/hirs ☐ ey/em/eirs ☐ xe/xem/xyrs ☐ ve/vir/vis ☐ otro ☐ use mi nombre ☐ prefiero no revelar

Dirección: _____
Número Calle Apartamento #

Dirección: _____ **Teléfono Móvil:** (_____)_____
Ciudad Estado Condado Zona Postal

Teléfono de la Casa: (_____) _____ **Teléfono de Trabajo**: (_____) _____ **Dirección del Correo Electrónico:**_____

Estado Civil: ☐ Divorciado/a ☐ Unión Libre ☐ Legalmente Separado/a ☐ Casado/a ☐ Otro ☐ Compañero/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ No Se Sabe

Grupo Étnico: ☐De Otro Origen Hispano, Latino, o Español ☐Cubano/a ☐Mexicano/a, Mexicano/a-Americano/a, o Chicano/a ☐ De Múltiple Orígenes Hispanos, Latinos, o Españoles ☐No es Origen Hispano, Latino, o Español ☐ Puertorriqueño/a ☐ No Se Sabe

Raza: ☐ Nativo/a de Alaska ☐ Indígeno/a de las Américas ☐ India Asiático/a ☐ Negro/a o Afroamericano/a ☐ Chino/a ☐ Filipino/a ☐ Guameño o Chamorro/a ☐ Japones/a ☐ Coreano/a ☐ Nativo/a de Hawái ☐ Otro/a Asiático/a ☐ De Otras Islas del Pacífico ☐ Rehúsa o Declina Contestar ☐ Samoano/a ☐ Vietnamita ☐ Blanco/a ☐ No Se Sabe

COMO LE PODEMOS CONTACTAR? (seleccione todas las opciones que aplican):
☐Correo ☐Teléfono ☐Texto ☐Correo Electrónico ☐MyChart ☐No me contacte

Declaración de Veterano de Guerra: ☐ Sí ☐ No ☐ No Se Declaro **Idioma Preferido:** _____ **¿Necesita un Traductor?** ☐ Sí ☐ No

¿En caso de emergencia a quien se puede notificar? Nombre: _____ **Relación:**_____ **¿Guardián Legal?** ☐ Sí ☐ No

Teléfono: (_____) _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo **Teléfono:** (_____) _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo

Estado de vivienda: ☐ Está en riesgo de quedarse sin una vivienda ☐ Tiene una vivienda actualmente pero estuvo sin tener una vivienda en los últimos 12 meses ☐Sin vivienda o en un refugio desconocido ☐ Vive en un refugio ☐Vive con otras personas ☐No está en riesgo de perder su vivienda ☐ Vive en la calle, campamento o debajo de un puente ☐ Vive temporalmente en una vivienda

Trabajador Migrante/Estacional: ☐ Migrante ☐ Estacional ☐ Ninguno

***INFORMACIÓN FINANCIERA – ATENCION: NO COMPLETAR ESTA INFORMACION RESULTARA EN PAGAR EL COSTO TOTAL DE TODOS**

LOS SERVICIOS Tamaño de la Familia: (Número en el hogar) _____Suma Total de Ingresos por Mes: (Ingreso total del hogar) $_____

Medicare #: _____Medicaid #: _____ HTW#_____

OTRAS ASISTENCIAS (seleccione todas las opciones que aplican)

☐ Seguro Privado: (nombre)_____Número de Grupo:_____ID:_____

☐ La Asistencia Financiera de Harris Health: #_____Fecha de Vencimiento:_____Código de Elegibilidad:_____

☐ Seguro Social de Ingresos Suplementario SSI ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Beneficios de Veteranos ☐ Compensación de Desempleo

☐ Manutención de Niños ☐ Programa para Mujeres, Bebes, y Niños WIC ☐ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

☐ Estampillas de Comida (SNAP) ☐ Compensación de Trabajadores ☐ Beneficios de Pensión ☐Otro_____

La información que yo he proveído es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si yo reporto información falsa sobre mis ingresos y el tamaño de mi familia, y intentar de obtener servicios a precios reducidos para los cuales no califico, puedo ser procesado una demanda o enjuiciamiento penal bajo las leyes estatales y federales.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre/ Guardián (por favor use letra de molde): _____
Primer Nombre Appellido