

Peach Tree Healthcare

Peach Tree Clinic (PTC)
 Peach Tree North Sacramento (PTNS)
 Peach Tree Yuba City (PTYC)
 Live Oak Medical Clinic (LOC)
 Vision
 Chico
 Dental Van
 Happy Tooth Mobile (YCDV)

| Patient information | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|---------------|
| Last Name | | First Name | | Middle | Nickname | | |
| Social Security | Date of Birth | Birth Sex | | Current Gender | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Undifferentiated <input type="checkbox"/> Unknown | | <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Undifferentiated | | | |
| Gender Identity | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Female to Male (FTM), Transgender Male/Trans Man <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Male to Female (MTF)/Transgender Female/Trans Woman <input type="checkbox"/> Gender Queer, neither exclusively male nor female | | | Preferred Pronoun | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> She/Her <input type="checkbox"/> He/Him <input type="checkbox"/> other _____ | | | |
| Sexual Orientation | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> Lesbian, gay or homosexual <input type="checkbox"/> Straight or heterosexual <input type="checkbox"/> Something else, please specify: _____ | | | | | | | |
| Physical (Billing) Address | | Apt No. | City | | State Zip Code | | |
| Mailing (Secondary) Address | | Apt No. | City | | State Zip Code | | |
| Cell Phone | <input type="checkbox"/> N/A | Email | | <input type="checkbox"/> N/A | Home Phone N/A <input type="checkbox"/> | | |
| Marital Status | | | | Preferred Language | Interpreter Needed? | | |
| <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Polygamous <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Widowed | | | | | | | |
| Are you a Veteran | Preferred Contact | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cell Phone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Physical (Billing) Address <input type="checkbox"/> Mailing (Secondary) Address | | | | | | |
| If Minor – Mother's Information | | | If Minor – Father's Information | | | | |
| First | Last | Middle | Date Of Birth | First | Last | Middle | Date Of Birth |
| Mother's Address (If different from child) | | | Father's Address (If different from child) | | | | |
| Mother's Employer | | Work Number | | Father's Employer | | Work Number | |
| Primary Insurance Holder | | | | Secondary Insurance Holder | | | |
| Subscriber Name | | | Date of Birth | Subscriber Name | | | Date of Birth |
| Insurance ID Number | | Group Number | | Insurance ID Number | | Group Number | |
| Emergency Contact | | | | | | | |
| First | | Last | | Relationship | | Phone Number | |
| UDS Reporting | | | | | | | |
| Homeless status | | | | Migrant Worker Status | | Language Barrier | |
| <input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Not Homeless <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Unknown/Unreported <input type="checkbox"/> Yes | | | | <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Seasonal | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Race | | | | Ethnicity | | | |
| <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> White | | | | <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unknown | | | |
| Financial Information | | | | | | | |
| Annual Income (before taxes): \$ | | or | | Monthly Income (before taxes): \$ | | Family Size: | |
| <i>The above information is true to the best of my knowledge. I hereby consent to have the health center's physician, physician's assistants, nurse practitioners and dentist, perform necessary and appropriate medical and dental treatment for my family and myself. Such consent (permission) includes specific authorization to perform and administer any and all procedures necessary for the diagnosis and treatment of any illness. I hereby authorize my insurance and/or Medicare to pay benefits to which I am entitled directly to this center. I fully understand I am primarily and financially responsible to the center for the charges I incur and will make arrangement to pay the outstanding amount.</i> | | | | | | | |
| X Patient Signature (Parent or Guardian if minor) | | | | | | Date | |
| Notice of Privacy Practice Acknowledgement-I acknowledge I have received a copy of the Privacy Notice | | | | | | | |
| X Patient Signature (Parent or Guardian if minor) | | | | | | Date | |

Peach Tree Healthcare

Peach Tree Clinic (PTC)
 Peach Tree North Sacramento (PTNS)
 Peach Tree Yuba City (PTYC)
 Live Oak Medical Clinic (LOC)
 Vision
 Chico
 Dental Van
 Happy Tooth Mobile (YCDV)

| Información de Paciente | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Apellido Primer | | Medio | | Apodo |
| Número de seguro | Fecha de nacimiento | Genero al Nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado <input type="checkbox"/> desconocido | | Genero ahora <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado |
| Identidad de genero <input type="checkbox"/> Categoría de genero adicional u otra, por favor especifique _____ <input type="checkbox"/> Opto por no revelar <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino (FAM), Transgénico Masculino <input type="checkbox"/> Genero Queer, Ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino a Femenino (MAF)/Transgenético Femenino/Trans Femenino | | | | |
| Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Opto no revelar <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Algo Mas, por favor especifique: _____ | | | | |
| Dirección | | Apt No. | Ciudad | Estado Código Postal |
| Dirección secundaria | | Apt No. | Ciudad | Estado Código Postal |
| Teléfono Celular <input type="checkbox"/> N/A | | Correo Electrónico <input type="checkbox"/> N/A | | Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> N/A |
| Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Juntado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Polígamo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo/a | | | Idioma preferida | Se necesita interprete? |
| ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Numero de casa <input type="checkbox"/> Carta a dirección Primaria <input type="checkbox"/> Carta a dirección Secundaria | | | |
| Si es Menor – Información de Madre | | | Si es Menor- Información de Padre | |
| Primer Apellido | Medio | Fecha de Nacimiento | Primer Apellido | Medio Fecha De Nacimiento |
| Dirección de Madre (solamente si es diferente del paciente) | | | Dirección de Padre (Solamente si es diferente del paciente) | |
| Empleador de Madre | | Teléfono de trabajo | Empleador de Padre Teléfono de Trabajo | |
| Cobertura Médica Primaria | | | Cobertura Médica Secundaria | |
| Nombré del suscriptor | | Fecha de Nacimiento | Nombre del Suscriptor Fecha de Nacimiento | |
| Número de identificación de aseguranza | Numero de grupo | | Número de Identificación | Numero De Grupo |
| Contacto De Emergencia | | | | |
| Primer Apellido | | Relación con paciente | | Número de teléfono |
| Reporte de UDS | | | | |
| Estado sin Hogar <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> No estoy Sin Hogar <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> desconocido/sin reportar <input type="checkbox"/> Si | | | Estado de trabajo migrante <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporada | |
| Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Islas de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco | | | Étnico <input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido | |
| Información financiera | | | | |
| Ingresos Anuales (antes de impuestos): \$ | | o Ingreso mensual (antes de impuestos): \$ | | Tamaño de familia: |
| <i>La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento para que el médico del centro de salud, asistentes médicos, enfermeras practicantes y dentista, lleve a cabo el tratamiento médico y dental necesario y apropiado para mi familia y para mí. Dicho consentimiento (permiso) incluye la debida autorización para realizar y administrar cualquier y todos los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad. Po la presente autorizo a mi seguro y/ o Medicare para pagar los beneficios a los que tengo derecho directamente a este centro. Entiendo perfectamente que soy todo y financieramente responsable del centro por los cargos que incurrimos y hacer arreglos para pagar la cantidad pendiente.</i> | | | | |
| X Firma de Paciente (Padre o Madre del Menor) | | | | Fecha |
| Aviso de prácticas de privacidad reconocimiento | | | | |
| X Firma de Paciente (Padre o Madre del Menor) | | | | Fecha |