

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA:
SI ES NIÑO/A NOMBRE DE LOS PADRES:	SI ES NIÑO/A NOMBRE DE LOS PADRES:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (Mes/Día/Año):	ESTATUS CIVIL DEL PACIENTE: <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> COMPAÑERO/A DOMESTICO/A	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA: (    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <hr/> 2° NUMERO DE CONTACTO: (    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
CORREO ELECTRÓNICO:		

## INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA PRIMARIO:	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO
RAZA: SELECCIONÉ LOS QUE APLIQUEN <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> HAWAIIANO/A NATIVO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/ AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO <hr/> ¿CUÁL FUE SU GÉNERO AL NACER?: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER
COMO SE IDENTIFICA USTED: <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> LESBIANA/GAY <input type="checkbox"/> ALGO MÁS: _____ <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL, NO SOY LESBIANA/GAY	¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO?: <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER - HaM <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE - MaH
PRONOMBRE PREFERIDO: <input type="checkbox"/> PREGUNTADO PERO DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <input type="checkbox"/> NEGARSE A RESPONDER <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> EL O SU <input type="checkbox"/> ZE, HIR <input type="checkbox"/> ELLA O SU	

<p>¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SI RESPONDIÓ SI: DONDE SE HOSPEDA:  <input type="checkbox"/> REFUGIO  <input type="checkbox"/> HOGAR DE TRANSICIÓN  <input type="checkbox"/> CALLE  <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/NO REPORTADO  <input type="checkbox"/> CON OTROS</p> <p>¿VIVE EN UNA VIVIENDA PUBLICA?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿HA SIDO EL TRABAJO AGRÍCOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>(SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCIÓN)</b></p> <p>¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE HA MUDADO SIGUIENDO UN TRABAJO AGRÍCOLA?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿PARA CUALQUIER MIEMBRO FAMILIAR QUE YA NO TRABAJA EN LA AGRICULTURA, ES DEBIDO A UNA INCAPACIDAD O POR SER DE EDAD MAYOR?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿ES LA FUENTE PRINCIPAL DE TRABAJO PARA USTED O UN TRABAJADOR AGRÍCOLA MIEMBRO DE SU FAMILIA POR TEMPORADA?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>¿TIENE BARRERA CON EL IDIOMA DE INGLES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS</b>	
<p>NOMBRE:</p>	<p>MEJOR NUMERO DE CONTACTO:</p>
<p>RELACION:</p>	<p>NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO:</p>

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA