

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	
CORREO ELECTRÓNICO:		
2° NUMERO DE CONTACTO: () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA PRIMARIO:	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO
RAZA: SELECCIONÉ LOS QUE APLIQUEN <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO <input type="checkbox"/> CHINO/A <input type="checkbox"/> COREANO/A <input type="checkbox"/> JAPONÉS/A <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO/A <input type="checkbox"/> FILIPINO/A <input type="checkbox"/> GUAMANÍ O CHAMORRO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> SAMOANO/A <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NEGRO/A, AFRICANO/A AMERICANO/A <input type="checkbox"/> BLANCO/BLANCA <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> CUBANO/A <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO/A <input type="checkbox"/> MEXICANO/A, MEXICANO/A AMERICANO/A, CHICANO/A <input type="checkbox"/> OTRO HISPANO, LATINO/A, O ORIGEN ESPAÑOL <input type="checkbox"/> NO HISPANO, LATINO/A, O DE ORIGEN ESPAÑOL <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER
	¿CUÁL FUE SU GÉNERO AL NACER?: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
COMO SE IDENTIFICA USTED: <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL, NO SOY LESBIANA/GAY <input type="checkbox"/> LESBIANA O GAY <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> ALGO MÁS: _____ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO?: <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER - HaM <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE - MaH <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER

PRONOMBRE PREFERIDO: <input type="checkbox"/> EL O SU <input type="checkbox"/> ELLA O SU <input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <input type="checkbox"/> ZE, HIR <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> PREGUNTADO PERO DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	
¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 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 ¿VIVE EN UNA VIVIENDA PUBLICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿HA SIDO EL TRABAJO AGRÍCOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCIÓN) ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE HA MUDADO SIGUIENDO UN TRABAJO AGRÍCOLA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿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
¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿ES LA FUENTE PRINCIPAL DE TRABAJO PARA USTED O UN TRABAJADOR AGRICOLA MIEMBRO DE SU FAMILIA POR TEMPORADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS	
NOMBRE:	MEJOR NUMERO DE CONTACTO:
RELACION:	NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO:

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA