

## 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	
2° NUMERO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR		
CORREO ELECTRÓNICO:		

## INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA PRIMARIO:	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO
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"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> ELLA O SU <input type="checkbox"/> PREGUNTADO PERO DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> ZE, HIR	
¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ SÍ: 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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HA SIDO EL TRABAJO AGRÍCOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>(SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCIÓN)</b>  ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE HA MUDADO SIGUIENDO UN TRABAJO AGRÍCOLA?  <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿TIENE BARRERA CON EL IDIOMA DE INGLES?  SÍ  NO

¿ES LA FUENTE PRINCIPAL DE TRABAJO PARA USTED O UN TRABAJADOR  
AGRICOLA MIEMBRO DE SU FAMILIA POR TEMPORADA?  
 SÍ  NO

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS**

NOMBRE:

RELACION:

MEJOR NUMERO DE CONTACTO:

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

\_\_\_\_\_  
FECHA