

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

## INFORMACIÓN ADICIONAL

**LE HAN VISITO EN ALGÚN LOCAL DE ADELANTE?**    SÍ    NO

SELECCIONE UBICACION:

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BUCKEYE         | <input type="checkbox"/> MESA                | <input type="checkbox"/> WEST PHOENIX |
| <input type="checkbox"/> CENTRAL PHOENIX | <input type="checkbox"/> MEDICAL MOBILE UNIT | <input type="checkbox"/> WICKENBURG   |
| <input type="checkbox"/> GILA BEND       | <input type="checkbox"/> PEORIA              | <input type="checkbox"/> OTRO: _____  |
| <input type="checkbox"/> GOODYEAR        | <input type="checkbox"/> SURPRISE            |                                       |

**A QUIEN PODEMOS AGRADECER SU REFERENCIA?**

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANUNCIO _____ | <input type="checkbox"/> FAMILIAR O AMIGO     | <input type="checkbox"/> WIC        |
| <input type="checkbox"/> EMPLEADO      | <input type="checkbox"/> HOSPITAL             | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> EVENTO _____  | <input type="checkbox"/> PLAN DE SEGURO _____ |                                     |

IDIOMA PRIMARIO:

MARQUE AQUÍ SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO

RAZA: SELECCIONÉ LOS QUE APLIQUEN

- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- INDIO ASIÁTICO
- CHINO/A
- COREANO/A
- JAPONÉS/A
- VIETNAMITA
- OTRO ASIÁTICO/A
- FILIPINO/A
- GUAMANÍ O CHAMORRO
- NATIVO HAWAIANO
- OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO
- SAMOANO/A
- MÁS DE UNA RAZA
- NEGRO/A, AFRICANO/A AMERICANO/A
- BLANCO/BLANCA
- PREFIERO NO RESPONDER

ETNICIDAD:

- CUBANO/A
- PUERTORRIQUEÑO/A
- MEXICANO/A, MEXICANO/A AMERICANO/A, CHICANO/A
- OTRO HISPANO, LATINO/A, O ORIGEN ESPAÑOL
- NO HISPANO, LATINO/A, O DE ORIGEN ESPAÑOL
- PREFIERO NO RESPONDER

¿CUÁL FUE SU GÉNERO AL NACER?:

- HOMBRE
- MUJER

<p>COMO SE IDENTIFICA USTED:</p> <p><input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL, NO SOY LESBIANA/GAY</p> <p><input type="checkbox"/> LESBIANA O GAY</p> <p><input type="checkbox"/> BISEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> ALGO MÁS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER</p>	<p>¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO?</p> <p><input type="checkbox"/> MUJER</p> <p><input type="checkbox"/> HOMBRE</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER - HdM</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE - MdH</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER</p>
<p>PRONOMBRE PREFERIDO:</p> <p><input type="checkbox"/> EL O SU <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> OTRO: _____</span></p> <p><input type="checkbox"/> ELLA O SU <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> PREGUNTADO PERO DESCONOCIDO</span></p> <p><input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER</span></p> <p><input type="checkbox"/> ZE, HIR</p>	
<p>¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SI RESPONDIÓ SÍ: DONDE SE HOSPEDA:</p> <p><input type="checkbox"/> REFUGIO</p> <p><input type="checkbox"/> HOGAR DE TRANSICIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CALLE</p> <p><input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/NO REPORTADO</p> <p><input type="checkbox"/> CON OTROS</p> <p>¿VIVE EN UNA VIVIENDA PUBLICA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿HA SIDO EL TRABAJO AGRÍCOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <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?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <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?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>¿TIENE BARRERA CON EL IDIOMA DE INGLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿ES LA FUENTE PRINCIPAL DE TRABAJO PARA USTED O UN TRABAJADOR AGRICOLA MIEMBRO DE SU FAMILIA POR TEMPORADA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS</b></p>	
<p>NOMBRE:</p>	
<p>RELACION:</p>	<p>MEJOR NUMERO DE CONTACTO:</p>

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

\_\_\_\_\_  
FECHA