

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:
SI ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DE PADRE/MADRE:	SI ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DE PADRE/MADRE:
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/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	
IDIOMA PREFERIDO:	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO
¿LE GUSTARÍA UTILIZAR LA FARMACIA INTERNA DE ADELANTE COMO SU FARMACIA PRINCIPAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SI LA RESPUESTA ES NO, INDIQUE SU FARMACIA PRINCIPAL: NOMBRE: _____ DIRECCIÓN/DOMICILIO: _____ NUMERO DE TELÉFONO: _____ FARMACIA SECUNDARIA: _____	
COMO SE IDENTIFICA USTED:	¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO? <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"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER - HaM <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE - MaH <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
PRONOMBRE PREFERIDO: <input type="checkbox"/> EL O SU <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> ELLA O SU <input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <input type="checkbox"/> ZE, HIR	

<p>¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SI RESPONDÍÓ SI: 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>¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR HA TRABAJADO EN AGRICULTURA AHORA O EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿HA DEJADO USTED O ALGUIEN DE SU HOGAR DE TRABAJAR EN LA AGRICULTURA POR EDAD O DISCAPACIDAD?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCIÓN)</p> <p>EN CASO SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ¿HA ESTABLECIDO USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR UNA VIVIENDA TEMPORAL PARA TRABAJAR EN AGRICULTURA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI ESTABLECIÓ UN HOGAR TEMPORAL (MIGRANTE)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTABLECIÓ UN HOGAR TEMPORAL (DE TEMPORADA)</p> <p>TRABAJAR EN LA AGRICULTURA INCLUYE LO SIGUIENTE: GRANOS, FRUTAS, VERDURAS, NUECES DE ÁRBOL, VIVERO O INVERNADERO, ALGODÓN, PRODUCCIÓN ANIMAL, HUEVOS, ACUICULTURA, ANIMALES CON PIEL</p>
<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS</p>	
<p>NOMBRE:</p>	
RELACION:	MEJOR NUMERO DE CONTACTO:

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA