

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 2° 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? ☐ SI ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES NO, INDIQUE SU FARMACIA PRINCIPAL:

NOMBRE: _____
 DIRECCIÓN/DOMICILIO: _____
 NUMERO DE TELÉFONO: _____
 FARMACIA SECUNDARIA: _____

COMO SE IDENTIFICA USTED:

- ☐ HETEROSEXUAL, NO SOY LESBIANA/GAY
☐ LESBIANA O GAY
☐ BISEXUAL
☐ ALGO MÁS: _____

¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO?

- ☐ MUJER
☐ HOMBRE
☐ TRANSGÉNERO MUJER - HaM
☐ TRANSGÉNERO HOMBRE - MaH
☐ OTRO: _____

PRONOMBRE PREFERIDO:

- ☐ EL O SU ☐ OTRO: _____
☐ ELLA O SU
☐ ELLOS O LOS SUYOS
☐ ZE, HIR

<p>¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SI RESPONDIÓ 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>¿VIVE EN UNA VIVIENDA PUBLICA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</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>¿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>	
<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS</p>	
<p>NOMBRE:</p>	
<p>RELACION:</p>	<p>MEJOR NUMERO DE CONTACTO:</p>

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA