

Información del Paciente			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apodo:
Número de Seguro Social: - -	Fecha de Nacimiento: / /		
Orientación Sexual			
Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado <input type="checkbox"/> Desconocido	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer / Mujer transgénero / Trans <input type="checkbox"/> Mujer a hombre / Hombre transgénero / Trans <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____		
Género Actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado			
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Heterosexual	Pronombre Preferido: <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elijo no contestar <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Demografía			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Segundo Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a <input type="checkbox"/> Interlocutorio <input type="checkbox"/> Socio Doméstico/a <input type="checkbox"/> Compañero/a de vida			
Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de Teléfono: () -	Número de Celular: () -	Correo electrónico:
Doctor de Cabecera:			
Seguro Médico (Por favor presente su tarjeta de seguro médico)			
Tipo (s) de cobertura de atención médica: Seguro Privado Medi-Cal Medicare Ninguna Otro: _____			
Primario	ID #:	# de Grupo:	
Secundario:	ID #:	# de Grupo:	
Su visita es debido a: <input type="checkbox"/> Accidente de auto? Sí No <input type="checkbox"/> Lesión relacionada con el trabajo? Sí No			
Persona Responsable (Debe ser un adulto mayor de 18 años)			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -	Relación al Paciente:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Estatus de Vivienda (Responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un mejor servicio.)			
1. ¿Actualmente vive con amigos o familiares, en su automóvil, en un refugio, un hotel o en la calle?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted vive en una Vivienda Pública?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estatus Agrícola (Responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un mejor servicio.)			
1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia, trabajó en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola) como en: plantación, cosecha, preparar la tierra, empaque, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajó con animales como vacas, pollos, etc.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia ha establecido un hogar temporario para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Usted o un miembro de su familia han dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

