

Estamos obligados por el gobierno federal a preguntar las siguientes preguntas, y mientras que va a ser útil si usted contestarlas, no es necesario para recibir servicios de salud.

Acct# _____

PERSONAL Y VIVIENDA	Nombre: _____		Fecha de Hoy: _____	
	Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____	
	Domicilio de Paciente: _____		Teléfono # (____) _____	
	Número y Calle		Ciudad	Estado
Género al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
¿Cuántas Familias viven en este domicilio?: <input type="checkbox"/> Solo la mía <input type="checkbox"/> Mas que la mía: ¿Cuántas familias?: _____ ¿Personas? _____				
En este domicilio, yo soy: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Nada mas rento <input type="checkbox"/> Rentero primario <input type="checkbox"/> Rentero secundario <input type="checkbox"/> No pago rento				
Si esta compartido, usted vive en o comparte: <input type="checkbox"/> ¿Un cuarto? <input type="checkbox"/> ¿Un garaje? <input type="checkbox"/> ¿Otro? _____ O				
<input type="checkbox"/> no tengo hogar <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> En un albergue para desamparados <input type="checkbox"/> En un albergue temporal				
¿Qué idioma prefieres hablar?:			¿Qué idioma prefieres leer?:	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Si apropiado, por favor indique su categoría al corriente con el Militar de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Deber Activo				
<input type="checkbox"/> Reservo Activo <input type="checkbox"/> Guarda Nacional <input type="checkbox"/> Discarte Honorable <input type="checkbox"/> Discarte General <input type="checkbox"/> Otro Discarte <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Separado				

ETNICIDAD	¿Usted se considera ser Hispano o Latino <i>a pesar de su raza</i> ?
	<input type="checkbox"/> Si, yo me considero Hispano o Latino: Yo soy Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur Centro Americano, o otra cultura español o origen, basado en la identificación de raza, incluyendo aquellos nacidos en los Estados Unidos. <u>No</u> seleccione si usted es de Brasil o Haití y su etnicidad no está relacionada con el lenguaje de español. <input type="checkbox"/> No me considero Hispano o Latino

RAZA	Además de la etnia, por favor clarifique con que raza(s) usted se identifica (puede seleccionar más de uno):
	<input type="checkbox"/> Asiático: Las personas con origen de los pueblos originales de el Extremo Oriente, Sureste Asiático o el Sub Continente Indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Tailandia, y Vietnam. <input type="checkbox"/> Asiático Filipinas: Las personas con origen de los pueblos de las Islas Filipinas. <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano: Las personas con origen de los pueblos originales de Hawái. <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico: Las personas con origen de los pueblos originales de Guam, Samoa, Palau, Truk o de otras Islas de el Pacífico en Micronesia, Melanesia y Polinesia. <input type="checkbox"/> Africano Americano: Las personas con origen de los pueblos originales de África. En particular aquellos que nacieron en los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Indio Americano: Las personas con origen de los pueblos originales de el Norte, Centro y Sur América, y que mantienen la afiliación tribal o comunidad adjunto. <input type="checkbox"/> Nativos de Alaska: Las personas con origen de los pueblos originales de el estado de Alaska o su territorio, y que mantienen la afiliación tribal o comunidad adjunto. <input type="checkbox"/> Blanco Americano: Las personas con origen de los pueblos originales de Europa y Europa del Este, incluyendo aquellos que nacieron en los Estados Unidos.

EMPLEO E INGRESOS	A. ¿Cuántas personas hay en su familia? _____ B. ¿Cuál es el ingreso de la familia? _____ por (circular uno): semana - mes - año C. ¿Usted o otra persona en su familia que gana el salario mínimo ha: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Trabajado como en trabajador de campo durante los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Jubilado de el trabajo de campo ? O, <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Permanece incapacitado de el trabajo de campo ? Si todas las respuestas en "C" son No, no conteste "D" o "E" D. ¿Si son sí, cual es la relación del trabajador de campo con el paciente? <input type="checkbox"/> mismo <input type="checkbox"/> esposa/esposo <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> hijos <input type="checkbox"/> otro _____ E. Si en "C" contestó sí, usted o ellos (marque las que le aplique): <input type="checkbox"/> Migrante: ¿Durante los últimos 2 años, usted se mudó a otro lugar para trabajar? <input type="checkbox"/> Temporal: ¿Vive en un lugar pero sin trabajo por más de 2 semanas cada año? <input type="checkbox"/> Trabajo Fijo: ¿No lo han descansado de el trabajo de campo por más de 2 semanas durante los últimos 2 años?
--------------------------	---

GÉNERO	1. Usted piensa de sí mismo como (marque uno):
	<input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No se 2. ¿Con cuál género se identifica? (marque uno): <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual Hombre/Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transexual Mujer/Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Otra

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra _____

Relación al Paciente _____