

Número de Identificación del Paciente: _____

Fecha: _____

Por favor complete el formulario lo más completo posible. Por favor imprima claramente.

DEMOGRAPHICS DEMOGRAFÍA

Nombre Completo: _____

Apellido(s)

Primer Nombre

Segundo Nombre

Estado Civil: Soltero (a) Separado(a) Viudo(a)
 Casado (a) Divorciado (a) Otro

Orientación Sexual: Heterosexual Bisexual No Sé
 Lesbiana, Gay o Homosexual Prefiero No Contestar Algo Diferente/Otro

Identidad de Género: Masculino Transgénero Hembra (Macho-a-Hembra)
 Femenino Transgénero Macho (Hembra-a-Macho)
 Otro Prefiero No Contestar

Idioma Preferido: Inglés Otro _____
 Español Traducción / Interpretación Solicitada

Estado de Vivienda: Con Hogar Albergue Transicional
 En la Calle Huésped

Estado de Trabajo Agrícola: No Trabajo en Agricultura Vivo con alguien que trabaja todo el año en agrícola
 Trabajador Agrícola Todo el Año Vivo con alguien que trabaja en temporada
 Temporal en Agrícola Vivo con alguien que es un trabajador migrante
 Migrante en Agrícola Vivo con alguien que es un trabajador jubilado
 Trabajador Agrícola Jubilado (Retirado) Vivo con alguien que es un trabajador discapacitado
 Trabajador Agrícola Discapacitado

Estado de empleo: Empleado (a) El / La Estudiante Autónomo; que trabaja por cuenta propia
 Desempleado (a) Hijo (a)
 Tiempo Completo Jubilado (Retirado)
 Medio Tiempo Otro

Raza: Blanco Nativo de Hawái
 Negro/Afroamericano Otras Islas del Pacífico
 Asiático Multirracial
 Nativo de América/de Alaska Rehúso Contestar

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Rehúso Contestar

¿Es Ud. Veterano? Sí No

Para Obtener Ayuda, Por Favor Solicite al Personal de CHSI

Entered by (Staff Initials): _____