

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono (____) _____ Sexo legal: Masculino Femenino
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono (____) _____
 Raza: *(puede seleccionar más de una opción)*
 Negra/Afro-americana Blanco Asiática Nativa de Hawái Nativa americana/Nativa de Alaska Isleña del Pacífico
 Grupo étnico: (Seleccione una opción) Hispano/Latino No Hispano/Latino

Tamaño de la familia e ingresos del hogar *(Para fines informativos solamente)*

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuánto dinero gana entre toda su familia? \$ _____ semana 2 semanas mes año

Identidad de género *(Para que podamos servirle mejor)*

Masculino Femenino Hombre transgénero
 Mujer transgénero Otra Prefiero no responder
 Sexo asignado al nacer (Seleccione una opción) Masc. Fem.

Orientación sexual *(Para que podamos servirle mejor)*

Heterosexual (Ni lesbiana ni gay) Lesbiana o gay
 Bisexual Otra No sé
 Prefiero no responder

Agricultura *(Para que podamos servirle mejor)*

En los últimos dos años, ¿trabajó usted, o un miembro de su familia que vive con usted, en campos de sembrado, cañas de azúcar, viveros, emparadoras, plantación/cosecha, camionero para trabajo en campo, o trabajó con animales como ganado, lechero, ovejas, aves, criadero de peces, etc.?

Sí* No (*Si responde Sí, es **Trabajador agrícola**)

Si es un trabajador agrícola, en los últimos dos años ¿se ha mudado usted, o un miembro de su familia que vive con usted, a otra zona donde estableció una vivienda temporaria para poder trabajar?

Sí* No (*Si responde Sí, es **migrante**; si responde No, es **de estación**)

¿Dejó usted, o un miembro de su familia que vive con usted, de trabajar en la industria agrícola debido a una discapacidad o por haberse retirado?

Sí* No (*Si responde Sí, es **Trabajador agrícola**)

Situación de vivienda* *(Seleccione Sí o No para cada pregunta)*

Vivienda compartida

¿Está viviendo con otras personas, ya sea compartiendo la misma vivienda o quedándose en la casa de un amigo o familiar, y no paga renta?

Sí No

Albergue para personas sin hogar

¿Se está quedando en un albergue temporario que le provee de comidas y un lugar para dormir? (Por ejemplo: Salvation Army, Lewis Center, Jerome Golden Center, Lord's Place, etc.)

Sí No

Calle

¿Está viviendo en la calle, en un auto, en un campamento, en una vivienda o un refugio improvisado, etc?

Sí No

No

Vivienda temporaria

¿Está viviendo en una pequeña unidad por 6-12 meses, con algunas otras personas, luego de abandonar un albergue para personas sin hogar y puede pagar renta? No incluye transiciones luego de la cárcel, las fuerzas armadas, etc.

Sí No

Vivienda de apoyo permanente

¿Vive usted en una casa que le ofrece apoyo, que lo ayuda a vivir solo?

Sí No

Otro

¿Está viviendo en una habitación de hotel o motel para una persona, en otro tipo de vivienda que se paga por día, o en una vivienda permanente en este momento, pero en su última visita a esta clínica declaró no tener un hogar donde vivir?

Sí No

No sabe (Se desconoce la situación de vivienda)

Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU.

Sí No

Firma del paciente o tutor:

Nombre del paciente o tutor en letra de imprenta:

Fecha:

_____ / _____ / _____

Office Use Only

PATIENT ID _____ DATE* _____ Intake Form 02262019

*This intake is valid for one year. *Housing Status – If any boxes are Yes then mark Yes for Homeless status.