

Patient Information

First Name: _____ Last Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Home Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email: _____ Phone: (____) _____ Legal Sex: Male Female

Emergency Contact: _____ Relationship to Patient: _____ Phone: (____) _____

Race: *(you can select more than one)*

Black/African American White Asian Native Hawaiian American Indian/Alaskan Native Pacific Islander

Ethnicity: *(please select one)* Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino

Family Size and Household Income *(For reporting purposes only)*

How many people are in your household? _____ How much money does your entire family make? \$ _____ week 2wks month year

Gender Identity *(So we can better serve you)*

Male Female Transgender Male

Transgender Female Other Choose not to disclose

Sex Assigned at Birth: *(please select one)* Male Female

Sexual Orientation *(So we can better serve you)*

Straight (Not lesbian/gay) Lesbian or Gay

Bisexual Something else Don't know

Choose not to disclose

Agriculture *(So we can better serve you)*

Have you (or a member of your family with whom you reside) in the past two years worked in the farm fields, sugar cane, nurseries, packing houses, planting/picking, driving a truck for farm work, or worked with farm animals such as cattle, dairy, poultry, fish hatcheries, etc.?

Yes* No *(*if YES, it is Agricultural Worker)*

If you are an agricultural worker, have you (or a member of your family with whom you reside) moved to another area in the past two years and established a temporary home in order to work?

Yes* No *(*if YES, it is Migrant, if NO, it is Seasonal)*

Have you (or a member of your family with whom you reside) stopped working in the agricultural industry because of disability or being retired?

Yes* No *(*if YES, it is Agricultural Worker)*

U.S. Veteran Status

Yes No

Housing Status* *(Please select Yes or No for each question)*

Doubling Up

Are you living with others as "doubled up", staying with a friend, or extended family member and not paying rent? Yes No

Homeless Shelter

Are you staying in a shelter that provides meals and place to sleep and is temporary (examples: Salvation Army, Lewis Center, Jerome Golden Center, Lord's Place, etc.?) Yes No

Street

Are you living outdoors, in a car, in an encampment, in makeshift housing/shelter, etc.?
 Yes No

Transitional

Are you living in a small unit for 6-12 months, with a few other people after leaving a homeless shelter and you may pay rent. Does not include transitioning from jail, military, etc.?
 Yes No

Permanent supportive housing

Do you live in a home that offers you support that helps you live on your own?
 Yes No

Other

Are you living in a single-room occupancy hotel, motel, other day to day paid housing or living in permanent housing at the present time but you declared being homeless on the previous visit to this clinic?
 Yes No

Unknown (No known housing arrangement)

Patient/Guardian Signature:

Patient/Guardian Printed Name:

Date:

_____ / ____ / ____

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.

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, empacadoras, 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**)

Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU.

Sí No

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)

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.

Enfòmasyon Pasyon an

Prenon: _____ Siyati: _____ Dat Nesans: ____/____/____
 Adrès Kay: _____ Vil: _____ Eta: _____ Kòd Postal: _____
 Imèl: _____ Telefòn: (____) _____ Sèks Legal: Gason Fi
 Kontak nan Ka Ijans: _____ Kisa li ye pou Pasyon an: _____ Telefòn: (____) _____
 Ras : (ou kapab chwazi plis pase yon sèl)
 Nwa/Ameriken Afriken Blan Azyatik Natif Natal Awayi Endyen Ameriken/Natif Natal Alaska Moun Zile Pasifik
 Etnisite: (tanpri chwazi youn) Ispanik/Latino Pa Ispanik/Pa Latino

Kantite Moun ki gen nan Fanmi an ak Revni Tout Moun nan Kay la (Pou rezon rapò an sèlman)

Konbyen moun ki viv nan kay ou a? _____ Konbyen kòb tout moun nan fanmi an fè? \$ _____ semèn 2 semèn mwa ane

♂ Idantite Seksyèl (Pou nou ka ba w pi bon sèvis)

Gason Fi Gason Transeksyèl Fi Transeksyèl
 Lòt Mwen chwazi pa divilge enfòmasyon sa a
 Sèks yo te Deziyen ba ou nan Nesans: (tanpri chwazi youn)
 Gason Fi

♥ Oryantasyon Seksyèl (Pou nou ka ba w pi bon sèvis)

Etewoseksyèl (Pa lezbyèn/pa masisi) Lezbyèn oubyen Masisi
 Biseksyèl Yon lòt bagay Mwen pa konnen
 Mwen chwazi pa divilge enfòmasyon sa a

🚗 Agrikilti (Pou nou ka ba w pi bon sèvis)

Èske nan de (2) dènye ane ki sot pase yo oumenm (oubyen yon manm fanmi w ki abite avèk ou) te travay nan chan agrikòl, chan kann, pepinyè, faktori anbalaj fwi, plantasyon/rekòlt, kondui kamyon pou travay agrikòl, oubyen te travay ak bèt elvaj tankou betay, bèt letyè, volay, elvaj pwason, elatriye?
 Wi* Non (Si repons lan se WI, li se Travayè Agrikòl)
 Si ou se yon travayè agrikòl, èske oumenm (oubyen yon manm fanmi w ki abite avèk ou) te al viv nan yon lòt zòn nan de (2) dènye ane ki sot pase yo epi te etabli yon rezidans pwovizwa pou n kapab travay?
 Wi* Non (**si repons lan se WI, se Migran, si repons lan se NON, se Asezon)
 Èske oumenm (oubyen yon manm fanmi w ki abite avèk ou) te sispann travay nan endistri agrikòl la akòz yon andikap oubyen akòz ou pran pansyon w?
 Wi* Non (*Si repons lan se WI, li se Travayè Agrikòl)

🏠 Kondisyon Lojman* (Tanpri chwazi Wi oubyen Non pou k kesyon)

Kowabitasyon
 Èske w ap viv avèk lòt moun nan sityasyon "kowabitasyon", w ap viv ak yon zanmi, oubyen ak lòt moun ki se fanmi ou epi ou pa p peye lwaye?
 Wi Non
Refij pou Moun Sanzabri
 Èske w ap viv nan yon refij ki bay manje ak yon kote pou w dòmi e ki pwovizwa (paregzanp: Salvation Army, Lewis Center, Jerome Golden Center, Lord's Place, elatriye?)
 Wi Non
Nan Lari
 Èske w ap viv nan lari, nan yon machin, nan yon kan, nan lojman/abri enpwovize, elatriye?
 Wi Non
Tranzisyonèl
 Èske w ap viv nan yon ti pyès pou 6 a 12 mwa, avèk detwa lòt moun apre w fin kite yon refij pou moun sanzabri e ou ka ap peye lwaye. Pa konte tranzisyon apre prizon, sèvis militè, elatriye?
 Wi Non

👤 Kondisyon Antanke Veteran Ameriken

Wi Non

🖋️ Siyati Pasyon/Responsab Legal la:

Non Pasyon an/Responsab Legal la ekri aklèt Detache: Dat:

_____ / _____ / _____

Lojman Sipo Pemanant
 Èske wap viv lan yon kay ki ofri ou sipo ki kap ede ou rete pou ko ou?
 Wi Non

Lòt
 Èske w ap viv nan yon lotèl ak chanm senp, motèl, lòt kalite lojman ke ou peye pa jou oubyen w ap viv nan lojman pèmanan aktyèlman men ou te deklare ou sanzabri nan dènye vizit ou nan klinik sa a?
 Wi Non
 Pa konnen (Pa okouran de okenn aranjman pou lojman)