

# Formulario de Registro

<b>Nombre</b> (Apellido, Primer)		<b>Genero</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer Trans	
<b>Dirección</b> ( <input type="checkbox"/> Correo solamente)		<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Numero de teléfono</b> ( <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> cell)	<b>Numero de Seguro</b> (si posee)	<b>Correo Electrónico</b>	
<b>Nombre de Padre/Guardian</b> (Si el paciente en menor)		<b>Fecha de nacimiento del padre o Tutor</b> (si el paciente es menor de edad)	
<b>Contacto de Emergencia, Relación, and Numero de Teléfono</b>		<b>Método de contacto preferido</b> <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Correo Elect..	
<b>Raza</b> (Todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Socio Domestico <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Divorciado	
<b>Lengua Primera</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Estado de Vivienda</b> <input type="checkbox"/> Es propietario o alquila <input type="checkbox"/> No posee una vivienda permanente (persona sin hogar) <i>Si marcó la casilla "No posee una vivienda permanente", ¿dónde vive actualmente?</i> <input type="checkbox"/> Cañadones <input type="checkbox"/> Caravana o Vehículo <input type="checkbox"/> Comparte con familiares/amigos <input type="checkbox"/> Campamento de migrantes <input type="checkbox"/> En las calles <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Orientación Sexual</b> <input type="checkbox"/> Derecho/heterosexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Bisexual	
<b>Tipo de Seguro</b> <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medi/Cal <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Trabajador agrícola:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Centro de Salud basado en la escuela:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Vivienda publica:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Tamaño de la Familia:</b> _____ <b>Ingreso Mensual:</b> _____ <b>Farmacia preferida:</b> _____ <b>Cstar ID:</b> _____ <b>Programa de referencia:</b> _____	
		<b>Programa de referencia:</b> _____	

Declaro que la información anteriormente expresada es verdadera. Entiendo que esta información permanecerá en absoluta confidencialidad.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_