

## Formulario de admisión

### 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.

### Heart Orientación sexual (Para que podamos servirle mejor)

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

### tractor 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 temporal 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

### House Situación de vivienda\* (Seleccione Si 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 temporal 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

Office Use Only