



INSCRIPCIÓN EN SUMMITSTONE – MENOR (0-17 AÑOS)

Dé la siguiente información o complétela para la persona que pide los servicios

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Nombre: | | |
| Nombre preferido: | | |
| Cargo: | Nombre: | Segundo nombre: |
| Apellido: _____ | Sufijo: _____ | Información académica: Grado actual: _____ <input type="checkbox"/> No corresponde |
| Nombre confidencial: | Tipo de preferencia: | |

| | | |
|---|---|--|
| Número del Seguro Social: | | Fecha de nacimiento: |
| Sexo legal: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> X | Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> No binario | Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No se registró en el certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Incierto |
| Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------|
| Permanente: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Confidencial | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: |
| Código postal: | Condado: | País: |
| Teléfono de la casa: | Teléfono del trabajo: | Teléfono móvil: |
| Correo electrónico: | | |

OTRA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Comentarios permanentes

OTRA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Otra información demográfica

| | |
|---|---|
| <p>Nombre fonético: (La forma en que suena una palabra hablada, por ejemplo, Lily fonéticamente deletreada es Lee-lee)</p> | <p>Estado civil:</p> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En pareja de hecho <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Viudo |
|---|---|

Idioma preferido:

| | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acholí | <input type="checkbox"/> Croata | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Pashai | <input type="checkbox"/> Tigrña |
| <input type="checkbox"/> Afar | <input type="checkbox"/> Checo | <input type="checkbox"/> Kayah | <input type="checkbox"/> Pastún | <input type="checkbox"/> Tongano |
| <input type="checkbox"/> Afrikáans | <input type="checkbox"/> Darí | <input type="checkbox"/> Kekchi (Q'eqchi) | <input type="checkbox"/> Patuá | <input type="checkbox"/> Trukés |
| <input type="checkbox"/> Akan (Twi) | <input type="checkbox"/> Dinka | <input type="checkbox"/> Kinyarwanda | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Chiluba |
| <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Holandés | <input type="checkbox"/> Kirundi | <input type="checkbox"/> Ponapeño | <input type="checkbox"/> Turco |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano | <input type="checkbox"/> Ébano | <input type="checkbox"/> Suajili | <input type="checkbox"/> Polaco | <input type="checkbox"/> Twi |
| <input type="checkbox"/> Amárico | <input type="checkbox"/> Egipcio | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Portugués (brasileño) | <input type="checkbox"/> Ucraniano |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Kuama | <input type="checkbox"/> Portugués (europeo) | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| <input type="checkbox"/> Árabe - egipcio | <input type="checkbox"/> Eschira | <input type="checkbox"/> Kurdo | <input type="checkbox"/> Fula | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Árabe - jordano | <input type="checkbox"/> Ewe | <input type="checkbox"/> Lao (laosiano) | <input type="checkbox"/> Punjabí | <input type="checkbox"/> Uzbeko |
| <input type="checkbox"/> Árabe - marroquí | <input type="checkbox"/> Feroés | <input type="checkbox"/> Lingala | <input type="checkbox"/> Quechua | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Árabe - sudanés | <input type="checkbox"/> Farsi (persa) | <input type="checkbox"/> Lituano | <input type="checkbox"/> Quonjabal | <input type="checkbox"/> Bisayas |
| <input type="checkbox"/> Arameo | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Luba-Kasai | <input type="checkbox"/> Rohinyá | <input type="checkbox"/> Wólof |
| <input type="checkbox"/> Armenio | <input type="checkbox"/> Finlandés | <input type="checkbox"/> Malgache | <input type="checkbox"/> Romaní | <input type="checkbox"/> Yidis |
| <input type="checkbox"/> Asante (Ahsanti) (Twi) | <input type="checkbox"/> Fon | <input type="checkbox"/> Malayo | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Yoruba |
| <input type="checkbox"/> Asirio | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Malabar | <input type="checkbox"/> Rotana | |
| <input type="checkbox"/> Bahasa (Indonesia) | <input type="checkbox"/> Fula (Fulani) | <input type="checkbox"/> Maltés | <input type="checkbox"/> Ruso | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bambara | <input type="checkbox"/> Garífuna | <input type="checkbox"/> Mam | <input type="checkbox"/> Sami |
| <input type="checkbox"/> Bandú | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Chino mandarín | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Bantú | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Mandingá | <input type="checkbox"/> Sango |
| <input type="checkbox"/> Bengalí | <input type="checkbox"/> Groenlandés (Kalaallisut) | <input type="checkbox"/> Mandenká | <input type="checkbox"/> Serbio |
| <input type="checkbox"/> Bereber | <input type="checkbox"/> Guyaratí | <input type="checkbox"/> Maratí | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Bosnio | <input type="checkbox"/> Hahka-Chin | <input type="checkbox"/> Marshalés | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Búlgaro | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Masalit | <input type="checkbox"/> Español y lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Hausa | <input type="checkbox"/> Miabei | <input type="checkbox"/> Sudanés |
| <input type="checkbox"/> Camboyano (jemer) | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Moldavo | <input type="checkbox"/> Suajili |
| <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Mongol | <input type="checkbox"/> Sueco |
| <input type="checkbox"/> Caroliniano | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Árabe marroquí (Darija) | <input type="checkbox"/> Tabasaro |
| <input type="checkbox"/> Catalán | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Naurano | <input type="checkbox"/> Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Caldeo | <input type="checkbox"/> Húngaro | <input type="checkbox"/> Navajo | <input type="checkbox"/> Taiwanés |
| <input type="checkbox"/> Chabacano | <input type="checkbox"/> Igbo | <input type="checkbox"/> Nepalí (nepalés) | <input type="checkbox"/> Tayiko |
| <input type="checkbox"/> Chino - mandarín | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Nigeriano | <input type="checkbox"/> Tamil |
| <input type="checkbox"/> Chino - otro | <input type="checkbox"/> Criollo jamaquino | <input type="checkbox"/> Noruego | <input type="checkbox"/> Télugu |
| <input type="checkbox"/> Chino - taiwanés | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Oromo | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Chino - cantonés | <input type="checkbox"/> K'iche (Quiche') | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Tibetano |
| <input type="checkbox"/> Chuukés (trukés) | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Palauano | <input type="checkbox"/> Tigre |

Se necesita intérprete:

- Sí
- No

Raza:

- Blanco o caucásico
- Negro o afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático de otro país
- El paciente se negó a dar la información
- Se desconoce
- Más de una raza
- Nativo de Hawái
- Nativo de otra isla del Pacífico
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita

Origen étnico:

- Origen no hispano, latino ni español
- Origen hispano, latino o español
- Se desconoce
- El paciente no puede responder

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|---|---|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascendencia étnica: <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino o español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> El paciente no puede responder <input type="checkbox"/> Origen no hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Asquenazí | Religión: <table border="1" data-bbox="609 378 1502 1659"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agnóstico</td> <td><input type="checkbox"/> Nazarino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anglicano</td> <td><input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asamblea de Dios</td> <td><input type="checkbox"/> No confesional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ateo</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bahaísmo</td> <td><input type="checkbox"/> No religioso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bautista</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Budista</td> <td><input type="checkbox"/> Pagano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Católico</td> <td><input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cristiano</td> <td><input type="checkbox"/> Pentecostal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cristiano reformado</td> <td><input type="checkbox"/> Presbiteriano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Científico cristiano</td> <td><input type="checkbox"/> Protestante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo</td> <td><input type="checkbox"/> Cuáquero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental</td> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Episcopal</td> <td><input type="checkbox"/> Cientólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo griego</td> <td><input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hare Krishna</td> <td><input type="checkbox"/> Sintoísmo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> <td><input type="checkbox"/> Sij</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Humanismo</td> <td><input type="checkbox"/> Taoísta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jainista</td> <td><input type="checkbox"/> Unitario Universalista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Testigo de Jehová</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Judío</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Luterano</td> <td><input type="checkbox"/> Se desconoce</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menonita</td> <td><input type="checkbox"/> Wiccano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Judío mesiánico</td> <td><input type="checkbox"/> Turuba</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Metodista</td> <td><input type="checkbox"/> Zoroastro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Musulmán</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Agnóstico | <input type="checkbox"/> Nazarino | <input type="checkbox"/> Anglicano | <input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa | <input type="checkbox"/> Asamblea de Dios | <input type="checkbox"/> No confesional | <input type="checkbox"/> Ateo | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Bahaísmo | <input type="checkbox"/> No religioso | <input type="checkbox"/> Bautista | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Budista | <input type="checkbox"/> Pagano | <input type="checkbox"/> Católico | <input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información | <input type="checkbox"/> Cristiano | <input type="checkbox"/> Pentecostal | <input type="checkbox"/> Cristiano reformado | <input type="checkbox"/> Presbiteriano | <input type="checkbox"/> Científico cristiano | <input type="checkbox"/> Protestante | <input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo | <input type="checkbox"/> Cuáquero | <input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días | <input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América | <input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental | <input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso | <input type="checkbox"/> Episcopal | <input type="checkbox"/> Cientólogo | <input type="checkbox"/> Ortodoxo griego | <input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día | <input type="checkbox"/> Hare Krishna | <input type="checkbox"/> Sintoísmo | <input type="checkbox"/> Hindú | <input type="checkbox"/> Sij | <input type="checkbox"/> Humanismo | <input type="checkbox"/> Taoísta | <input type="checkbox"/> Jainista | <input type="checkbox"/> Unitario Universalista | <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo | <input type="checkbox"/> Judío | <input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad | <input type="checkbox"/> Luterano | <input type="checkbox"/> Se desconoce | <input type="checkbox"/> Menonita | <input type="checkbox"/> Wiccano | <input type="checkbox"/> Judío mesiánico | <input type="checkbox"/> Turuba | <input type="checkbox"/> Metodista | <input type="checkbox"/> Zoroastro | <input type="checkbox"/> Musulmán | |
| <input type="checkbox"/> Agnóstico | <input type="checkbox"/> Nazarino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anglicano | <input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asamblea de Dios | <input type="checkbox"/> No confesional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ateo | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bahaísmo | <input type="checkbox"/> No religioso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bautista | <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Budista | <input type="checkbox"/> Pagano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Católico | <input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cristiano | <input type="checkbox"/> Pentecostal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cristiano reformado | <input type="checkbox"/> Presbiteriano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Científico cristiano | <input type="checkbox"/> Protestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo | <input type="checkbox"/> Cuáquero | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días | <input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental | <input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Episcopal | <input type="checkbox"/> Cientólogo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ortodoxo griego | <input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hare Krishna | <input type="checkbox"/> Sintoísmo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hindú | <input type="checkbox"/> Sij | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Humanismo | <input type="checkbox"/> Taoísta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jainista | <input type="checkbox"/> Unitario Universalista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Judío | <input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Luterano | <input type="checkbox"/> Se desconoce | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Menonita | <input type="checkbox"/> Wiccano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Judío mesiánico | <input type="checkbox"/> Turuba | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Metodista | <input type="checkbox"/> Zoroastro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Musulmán | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de persona sin vivienda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tipo de persona sin vivienda: <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien mas <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Tiene hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Calle | Vivienda pública: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> No se sabe | |
| Estatus de Trabajador Agrícola: <input type="checkbox"/> Migratorios (<i>Personas que son "trabajadores móviles" o "trabajadores agrícolas migratorios"</i>) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Estacional (<i>Personas que están empleadas temporalmente, pero no se mudan de su residencia permanente para buscar trabajo agrícola</i>) | Prestación de servicios actuales: <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Nunca prestó servicios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra reserva/guardia nacional <input type="checkbox"/> Veterano | Rama de servicio: <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Varias ramas <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia costera <input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Marina |
| Estado de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano combatiente <input type="checkbox"/> No, nunca prestó servicios <input type="checkbox"/> Veterano no combatiente Fechas del servicio militar - desde _____ hasta _____ | | |
| Situación laboral: <input type="checkbox"/> Activo - con licencia <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante – de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante – de tiempo completo <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> Se desconoce | | |

ESTADO DE FUMADOR

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca fumó | <input type="checkbox"/> Exfumador | <input type="checkbox"/> Gran fumador de tabaco | <input type="checkbox"/> Fumador leve de tabaco |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|

ACUERDO ACTUAL DE VIVIENDA (ELIJA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Tutor |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Padre/madre/pareja | <input type="checkbox"/> Sin vivienda |
| <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> Personas sin relación | <input type="checkbox"/> Vivienda dependiente en un entorno supervisado |
| <input type="checkbox"/> Vivienda dependiente con los padres | <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Otro |

ACCESIBILIDAD Y DISCAPACIDAD

| | | |
|--|---|---|
| <p>Necesidades por discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva/ intelectual/de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sordo/no usa lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Sordo/usa lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Pérdida de audición/ problemas de audición <input type="checkbox"/> Visión deficiente <input type="checkbox"/> Discapacidad de destreza manual <input type="checkbox"/> Discapacidad de movilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra discapacidad que requiere adaptación <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla/ comunicación | <p>Adaptaciones por discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipo médico accesible <input type="checkbox"/> Botón de llamada alternativo <input type="checkbox"/> Documentos de formato alternativo <input type="checkbox"/> Ayuda para completar formularios <input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Persona de apoyo <input type="checkbox"/> Mascarilla transparente <input type="checkbox"/> Pizarra para comunicarse <input type="checkbox"/> Extensión del tiempo de cita <input type="checkbox"/> Pizarra blanca portátil <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Lectura de labios <input type="checkbox"/> Dispositivo de ampliación <input type="checkbox"/> Ayuda con la movilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro (especificar en el campo de comentarios) <input type="checkbox"/> Servicios de retransmisión telefónica <input type="checkbox"/> Tomador de notas calificado <input type="checkbox"/> Lector calificado <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Teléfono de TTY <input type="checkbox"/> Control del volumen | <p>Comentarios sobre las necesidades y adaptaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Preferencia de documento accesible:</p> | <p>Tipos de pacientes</p> | |

ID del estado

| | | |
|--|--|--|
| <p>N.º de licencia de conducir:</p> <hr/> | <p>Estado de la licencia de conducir:</p> <hr/> | |
|--|--|--|



INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Información básica

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Nombre: | | |
| Sexo: | Fecha de nacimiento: | N.º del Seguro Social: |
| Situación de vida: | ¿Tiene la misma dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Condado: | País: | |
| ¿Vive en la misma casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Teléfono de la casa: | Teléfono del trabajo: | Teléfono móvil: |
| Principal: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil | Correo electrónico: | |
| Ocupación: | | |
| ¿Le avisaron sobre el ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Está autorizado para recibir la carta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Relación

| | | |
|--|---|---|
| Relación: _____ | Fechas de relación: _____ a _____ | Función (fecha de inicio, fecha de finalización): _____ |
| Responsable de la toma de decisiones médicas: _____ | ¿Está la MDM activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Documento de la MDM (cargar): |
| ¿Es su tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Idioma/accesibilidad

| | | |
|--|---|---|
| Preferido: | Hablado: | Escrito: |
| ¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene dificultad para oír? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene visión deficiente? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No |
| Necesidades auditivas/visuales: _____ _____ _____ _____ | Necesidades especiales: _____ _____ _____ _____ | |

INFORMACIÓN DEL PCP Y LA FARMACIA

Proveedor de atención primaria

| |
|------------------------------------|
| Agregar PCP: |
| Agregar miembro del equipo: |

Farmacia (para que lo complete únicamente la farmacia)

| |
|--|
| Farmacia preferida (Marcar como revisado o nunca revisado) <input type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Nunca se revisó |
|--|

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Preferencia de comunicación general

| | Correo | Teléfono | Correo electrónico |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Preferencia de comunicación general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administración de cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Telesalud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Citas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facturación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mensajes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO (Esta información solo se usa para asegurar el tratamiento adecuado).

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE DESCRIBAN SUS NECESIDADES

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios de crisis | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Servicios de recuperación de adicciones |
| <input type="checkbox"/> Servicios de empleo | <input type="checkbox"/> Ayuda para encontrar recursos de la comunidad | <input type="checkbox"/> Otro |

INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN

| | |
|--|----------------------------------|
| ¿Lo remitieron para tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es "Sí", ¿quién? |
| ¿Necesita un tratamiento o evaluación ordenado por el tribunal? Si la respuesta es "Sí", marque todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental <input type="checkbox"/> Evaluación de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Manejo del enojo <input type="checkbox"/> Otro | |

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN A SU SITUACIÓN ACTUAL

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me siento amenazado por alguien/algo | <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos relacionados con querer lastimarme |
| <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos relacionados con lastimar a otros | <input type="checkbox"/> Problemas legales: Cantidad de arrestos en los últimos 30 días: ____ Cantidad de arrestos por DUI en los últimos 30 días: ____ |
| <input type="checkbox"/> Otro/ninguno: _____ | |