



As a Community Health Center, we are required to request the following information from you. The data we receive is released in summary form, for collection purposes only. No Patient names are associated with any released data.

Today's date: _____

(Please print)

Patient Name: _____ Date of birth: _____

(If different)

Name of the Head of Household: _____ Date of birth: _____

| | |
|---|---|
| <p>Housing: Do any of the following apply to you?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Living with friends <input type="checkbox"/> Living in a shelter <input type="checkbox"/> Living on the streets <input type="checkbox"/> Living in Transitional Housing <input type="checkbox"/> None <p>How many members live in your household? _____</p> <p>What is the approximate combined annual income of everyone living in your household? _____</p> <p>Are you a Veteran?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <p>Check the box or boxes that describe your race:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> American Indian / Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Black / African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <p>Are you Hispanic or Latino?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>What is the primary language spoken at home?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other: _____ |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>The following section is about Gender Identity, check here if you prefer not to share information in this topic:</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p> <p style="text-align: center;">-OR-</p> | |
| <p>Do you think of yourself as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Lesbian or gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> I prefer not to say | <p>What is your current gender identity?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender Male/Trans male-Female-to-Male (FTM) <input type="checkbox"/> Transgender Female/Trans Woman-Male-to-Female (MTF) <input type="checkbox"/> Genderqueer – neither exclusively male nor female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> I prefer not to say |



Como un centro comunitario de salud, tenemos la obligación de pedirle la siguiente información. Los datos que recibimos se exponen en forma colectiva, para fines de recolección solamente. No se asocian nombres de pacientes con los datos expedidos.

Fecha de hoy: _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Si son diferentes)

Nombre del Jefe de familia: _____ Fecha de nacimiento: _____

| | |
|--|--|
| <p>Vivienda: ¿Alguno de los siguientes casos aplica a Ud.?</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo con amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo en albergue</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo en la calle</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo en una Casa Provisional</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>¿Cuántos familiares viven en su hogar?</p> <p>_____</p> <p>¿Aproximadamente cuanto es el ingreso anual combinado de todos los que viven en su hogar?</p> <p>_____</p> <p>¿Es Ud. Veterano?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | <p>¿Cuál es el idioma primario que e habla en casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingles</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Es Ud. Hispano o Latino?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Marque la caja o cajas que describan su raza:</p> <p><input type="checkbox"/> Americano Indio / Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro / Africano-Americano</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo</p> <p><input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> |
|--|--|

La siguiente sección es sobre identidad de genero, marque la caja si Ud. prefiere no compartir esta información:

Prefiero no decirlo

-O-

| | |
|--|---|
| <p>¿Se considera Ud.?</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual/ "Derecho"</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Algo distinto</p> <p><input type="checkbox"/> Nose</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> | <p>¿Con que genero se identifica Ud. al presente?</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre Transgenero/"Trans"-Mujer a Hombre (MAH)</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer Transgenero/"Trans" –Hombre a Mujer (HAM)</p> <p><input type="checkbox"/> Agenero/Genero neutro (genderqueer) – no exclusivamente ni masculino ni femenino.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> |
|--|---|