

Account #:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo (Primero, Segundo, ect.)
Direccion Donde Recibe el Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio de la Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa ( )		Teléfono Celular ( )	
Con el fin de recordarle sobreatención de la salud: Acepta recibir llamadas telefónicas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Acepta recibir mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico	Género Asignado Cuando Nacio: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenimo	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)	
Que Idioma prefiere usar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Persona Responsable: Padre o Guardián Legal</b>			
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	
Domicilio donde recibe el correo:		Relación con el Paciente:	
Ciudad/Estado/Código:	Teléfono: ( )		
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino (H) <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino (N)			
A cuál de los siguientes grupos pertenece? Puede seleccionar mas de uno. <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/o de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño el Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco: Incluye Hispano, Latino y de origen Europeo o Medio Oriente <input type="checkbox"/> Más de Uno			
<b>Experiencia Con Trabajo De Campo (Agricultura)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>En los últimos 2 años, ¿usted o alguien en su familia ha trabajado en algún tipo de trabajo de campo (agricultura) como: plantar, pizar, preparar la tierra, empacar, lechería, manejar un tractor para cualquier tipo de trabajo de campo, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</li> <li>En los últimos 2 años, ¿se ha mudado usted u otro miembro de su familia para otra área y vivido afuera de su casa para trabajar en cualquier tipo de trabajo de campo (agricultura)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</li> <li>¿Usted o un miembro de su familia dejo de migrar para trabajar en el campo (agricultura) porque está discapacitado o por la edad (está muy mayor para hacer el trabajo)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</li> <li>¿Está usted buscando empleo en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</li> </ul>			
Es Usted un Veterano del Servicio Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
# de Personas en la Familia:		Ingreso Mensual:	