



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 sobre atención 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"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)	
Que Idioma prefiere usar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Persona Responsable: Padre o Guardián Legal			
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			
Experiencia Con Trabajo De Campo (Agricultura)			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • ¿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 • ¿Está usted buscando empleo en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 			
Es Usted un Veterano del Servicio Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
# de Personas en la Familia:		Ingreso Mensual:	