



Registration Form

Formulario de inscripción

Status <i>Estatus</i>	
Are you a United States Veteran? <i>¿Es Ud. un veterano de los Estados Unidos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i>
Are you a US Citizen? <i>¿Es Ud. un ciudadano de los Estados Unidos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i>
Housing Status <i>Estado de Vivienda</i>	
What is your current living situation? Please choose one answer. <i>¿Cuál es su situación de vivienda actual? Por favor escoja una respuesta.</i>	
<input type="checkbox"/> At risk for homelessness <i>En riesgo de quedar sin hogar</i>	<input type="checkbox"/> Living with friends or family <i>Viviendo con familiares o amigos</i>
<input type="checkbox"/> Currently not homeless, but was in the last 12 months <i>Actualmente con hogar, pero estuve sin hogar en los últimos 12 meses</i>	<input type="checkbox"/> Not homeless <i>Con hogar</i>
<input type="checkbox"/> Living in shelter <i>Viviendo en un refugio</i>	<input type="checkbox"/> Street/camp/bridge <i>Calle/Campamento/Puente</i>
	<input type="checkbox"/> Transitional housing <i>Vivienda de transición</i>
How confident are you in filling out forms? <i>¿Cuánta seguridad siente al completar formularios?</i>	<input type="checkbox"/> Not at all <i>Ninguna</i>
	<input type="checkbox"/> Quite a bit <i>Bastante</i>
	<input type="checkbox"/> A little bit <i>Muy poca</i>
	<input type="checkbox"/> Extremely <i>Muchísima</i>
	<input type="checkbox"/> Somewhat <i>Poca</i>
Identity <i>Identidad</i>	
What is your current gender identity? <i>¿Cuál es su identidad de género actual?</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>
	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>
	<input type="checkbox"/> Trans-Male to Female <i>Transexualidad: masculino a femenino</i>
	<input type="checkbox"/> Trans-Female to Male <i>Transexualidad: femenino a masculino</i>
	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>
Do you think of yourself as: <i>¿Cómo se reconoce a sí mismo(a)?</i>	<input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <i>Lesbiana o gay</i>
	<input type="checkbox"/> Straight (not lesbian or gay) <i>Heterosexual (ni lesbiana ni gay)</i>
	<input type="checkbox"/> Bisexual <i>Bisexual</i>
	<input type="checkbox"/> Something else <i>Otra</i>
	<input type="checkbox"/> Don't know <i>No lo sé</i>
	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>
How would you like us to address you? <i>¿Cómo le gustaría que nos dirijamos a usted?</i>	<input type="checkbox"/> She/Her/Hers <i>Ella/Ella/De ella</i>
	<input type="checkbox"/> They/Them/Theirs <i>Ellos/Ellos/De ellos</i>
	<input type="checkbox"/> Don't know <i>Otro</i>
	<input type="checkbox"/> He/Him/His <i>Él/Él/De él</i>
	<input type="checkbox"/> By Name <i>Por mi nombre</i>
	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>
Ethnic Group (choose one) <i>Grupo étnico (elija uno)</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic <i>Hispano</i>
	<input type="checkbox"/> Non-Hispanic <i>No Hispano</i>
	<input type="checkbox"/> Unknown <i>Indefinido o desconocido</i>
Race (choose one) <i>Raza (elija una)</i>	<input type="checkbox"/> Alaskan Native <i>Nativo de Alaska</i>
	<input type="checkbox"/> American Indian <i>Indio Americano</i>
	<input type="checkbox"/> Asian <i>Asiática</i>
	<input type="checkbox"/> Black <i>Negra</i>
	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian <i>Nativo del Hawái</i>
	<input type="checkbox"/> Pacific Islander <i>Isleño del Pacífico</i>
	<input type="checkbox"/> Unknown <i>Indefinido o desconocido</i>
	<input type="checkbox"/> White <i>Blanca</i>



Registration Form

Formulario de inscripción

Migrant/Seasonal

Trabajo agrícola

Has the principal source of income for you and your family ever been farm work? / ¿Ha sido la fuente principal de ingresos para Ud. y su familia el trabajo agrícola?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí
In the past 2 years, did you or any member of your family move here to do farm work? / ¿En los últimos 2 años ¿Ud. o alguien de su familia se mudó aquí para trabajar en campos agrícolas?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí
Do you or your family members do farm work on a seasonal basis? / ¿Trabaja Ud. o alguien de su familia en el campo agrícola por temporadas?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí

Identification Number

Número de identificación

Medicare ID Number Número de identificación de Medicare	Medicaid ID Number Número de identificación de Medicaid
Guarantor Account (The person responsible for paying your bills) Cuenta del asegurado (La persona responsable de pagar sus facturas)	
Name Nombre	Relationship to Patient Parentesco con el paciente
Address (Street, Apartment, City, State, Zip Code) Dirección (Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)	
Social Security Seguro Socia	Birth Date Fecha de Nacimiento
Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other: Género Mujer Hombre Otro	
Phone Teléfono	Other Phone Otro Teléfono
Insurance Coverage Cobertura de seguro	
Subscriber Name Nombre de suscriptor	Relationship to Patient Parentesco con el paciente
Group Number Número de grupo	Suscriber ID Número de id. de suscriptor