



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"/> A little bit <i>Muy poca</i>
	<input type="checkbox"/> Somewhat <i>Poca</i>
	<input type="checkbox"/> Quite a bit <i>Bastante</i>
	<input type="checkbox"/> Extremely <i>Muchísima</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"/> Something else <i>Otra</i>
	<input type="checkbox"/> Straight (not lesbian or gay) <i>Heterosexual (ni lesbiana ni gay)</i>
	<input type="checkbox"/> Don't know <i>No lo sé</i>
	<input type="checkbox"/> Bisexual <i>Bisexual</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>Ileño 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 <i>Número de identificación de Medicare</i>	Medicaid ID Number <i>Número de identificación de Medicaid</i>
Guarantor Account (The person responsible for paying your bills) <i>Cuenta del asegurado (La persona responsable de pagar sus facturas)</i>	
Name <i>Nombre</i>	Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i>
Address (Street, Apartment, City, State, Zip Code) <i>Dirección (Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)</i>	
Social Security <i>Seguro Socia</i>	Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>
Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other: <i>Género</i> Mujer Hombre Otro	
Phone <i>Teléfono</i>	Other Phone <i>Otro Teléfono</i>
Insurance Coverage <i>Cobertura de seguro</i>	
Subscriber Name <i>Nombre de suscriptor</i>	Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i>
Group Number <i>Número de grupo</i>	Suscriber ID <i>Número de id. de suscriptor</i>