

Forma de registro del paciente – Salud reproductiva

Por favor completa toda la forma por los DOS lados:

Apellido	Nombre	2do Nombre	Como quieres que te nombremos.
Estado Civil (opcional) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero domestico registrado <input type="checkbox"/> Me rehúso a contestar			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
Domicilio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Envío			Nombre de Mama
Ciudad	Estado		Código Postal
Numero de Teléfono <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Correo electronico		Idioma preferido
Contacto de Emergencia	Teléfono	Relación	
Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Khmer/Cambodian <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> Me rehúso a contestar <input type="checkbox"/> Otro			
Raza/ Etnia: (opcional; marca todos los que te apliquen) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> rehúso contestar			
Eres Hispano, Latino, o de origen Español? (opcional) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tu respuesta es afirmativa, marca cual: <input type="checkbox"/> Mexicano, México Americano, o Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Otro origen			
Numero de Seguro Social (SSN) Si no tienes, no te afecta para recibir los servicios			

Cuantos son en la familia?	Ingreso Mensual:
----------------------------	------------------

Cual es tu sexo? (requerido)	
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero: Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero: Mujer a Hombre	
Cual es tu genero? (Opcional y Confidencial)	
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero: Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero: Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> No-binario: (ni hombre ni mujer) <input type="checkbox"/> Otro genero: <input type="checkbox"/> Me rehúso a decir:	
Que sexo se te asigno al nacer, o en tu acta de nacimiento?	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estas sin hogar o vives en un refugio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Necesitas un interprete?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Eres trabajador del campo o inmigrante?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usas drogas que te afecten tu salud y te causen problemas en tu vida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tienes alguna discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Has tenido algún procedimiento quirúrgico que te prevenga de tener niños? (ejemplo: histerectomia, ligadura de tubos, vasectomia)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No