



Inscripción/Clínica Sitio: _____

Inscripción Fecha: _____

Información de contacto del cliente - Por favor, en imprenta					
Apellido *		Primer Nombre *		M.I.	
Fecha de nacimiento*		Seguridad Social #:			
¿Qué sexo se le asignó al nacer? ¿O cuál figura en su certificado de nacimiento?				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
¿Cuál es su género? <i>(marque uno)</i>		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, queer, pansexual, asexual, _____) <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo			
Se identifica como <i>(marque uno)</i>		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, queer, pansexual, asexual, _____) <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo			
Dirección		piso #		Apartado de correos	
Ciudad		Estado		Código postal	
Condado		Idioma de preferencia			
Número de teléfono 		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro			
Correo electrónico 					
<input type="checkbox"/> No deseo recibir comunicaciones de la agencia local de coordinación de BC3NP (LCA) y/o del MDHHS.					
* Raza y etnia <i>(Marque todas las que correspondan)</i>		¿Es usted hispano o latino ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Árabe/árabe-americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> No lo sé/No responde					
¿Qué servicios necesita? <i>(Marque todas las que correspondan)</i>		<input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Seguimiento por una mamografía y/o prueba de senos anormal (es decir, diagnóstico) <input type="checkbox"/> Prueba de pap <input type="checkbox"/> Prueba de HPV <input type="checkbox"/> Seguimiento por una prueba de Pap y/o prueba de HPV anormal (es decir, diagnóstico)			
Barreras identificadas ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes para recibir servicios?		<input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Ayuda para concertar citas <input type="checkbox"/> No tengo prestador de salud <input type="checkbox"/> Problemas para tener licencia del trabajo <input type="checkbox"/> Problemas con el seguro <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Problemas de cuidado de la familia <input type="checkbox"/> Necesito servicios lingüísticos o de traducción <input type="checkbox"/> Instrucción sobre procedimientos de prueba o diagnósticos <input type="checkbox"/> Otro _____			
Demografía					
Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Menos que la secundaria <input type="checkbox"/> Graduada de la secundaria <input type="checkbox"/> Parte de la universidad <input type="checkbox"/> Graduada de la universidad <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otro _____					
Estado laboral: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilada <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____					
* Miembros del hogar e ingresos (Debe completarse para la elegibilidad para el programa)					
* Ingresos Anuales del Cliente		* Número de personas que apoyan el ingreso anual del cliente (incluido el cliente)			

