

Estimado Paciente de Valley Health Team:

Para continuar ofreciendo una variedad de servicios para usted y su familia y cumplir con los términos de nuestras becas de fondos estamos obligados a obtener la siguiente información sobre cada paciente que visita nuestros centros. Su información personal **no es** reportada, solo se informan las respuestas des identificadas combinadas con las respuestas de todos nuestros pacientes.

Por favor tome unos minutos para completar la siguiente información. Si tiene preguntas o desea que un representate lo ayude con esto, háganos saber. Estamos encantados de ayudarle!

1. Por favor seleccione la respuesta que mejor describe su situación de vivienda:

- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En conjunto con alguien mas | <input type="checkbox"/> En la calle |
| <input type="checkbox"/> En hogar | <input type="checkbox"/> En Transición |
| <input type="checkbox"/> Hogar de refugio | <input type="checkbox"/> Desconocido/Negó a informar |

2. ¿Usted o algún miembro de su familia han hecho trabajos relacionados con la agricultura en los últimos 3 años?

- Si
 No

En caso que escogió SI, cual describe mejor el tipo de trabajo:

- Trabajo agrícola migratoria; Viaja de pueblo en pueblo hasta que hay trabajo disponible. (No establece una residencia en el nuevo lugar de trabajo).
- Trabajo agrícola de temporada; Permanece en su lugar de residencia y trabaja pro temporada.

3. Por favor seleccione su raza:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio del este/Asiático |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Islas de Pacifico | <input type="checkbox"/> Blanco (No Hispano o Latino) |
| <input type="checkbox"/> Blanco (Hispano o Latino) | <input type="checkbox"/> Mas de una raza |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Desconocido/Negó a informar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

4. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Punjabi |
| <input type="checkbox"/> Negó a informar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

5. ¿Necesita intérprete?

- Si
 No

6. Por favor seleccione de la lista de origen étnico:

- | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Desconocido/Negó a informar |
| <input type="checkbox"/> No Hispano | |

7. ¿No puede trabajar debido a una discapacidad física o mental?

- Si
 No

8. ¿Ha completado el servicio en los Servicios Uniformados de los Estados Unidos?

- Si
 No

9. ¿Cuál es el ingreso anual total de su familia? _____

10. ¿Cuántos miembros de la familia viven en su hogar? _____