



Identificación de la paciente

N.º de programa _____

N.º de identificación _____

Fecha de inscripción ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

Apellido _____

Nombre _____ Inicial 2º nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado ____ Código postal ____ Condado de residencia ____ (001-099, o 111 fuera de Iowa)

Teléfono (____) ____ - ____ Correo electrónico _____

Complete este formulario una vez por año en la inscripción anual. Escriba toda la información en letra de IMPRENTA.

Cuál es el idioma primario que se habla en su hogar:

- 1. Inglés
- 2. Español
- 3. Árabe
- 4. Chino
- 5. Francés
- 6. Italiano
- 7. Japonés
- 8. Coreano
- 9. Polaco
- 10. Ruso
- 11. Tagalog
- 12. Vietnamita
- 13. Francés criollo ("créole")
- 14. Portugués
- 15. Hmong
- 16. Otro _____

Desea recibir la información de salud escrita en:

- 1. Inglés
- 2. Español
- 3. Vietnamita
- 4. Otro _____

Identidad de género (*marque solamente una opción*)

- 1. Femenino
- 2. Hombre Trans
- 3. Mujer Trans
- 4. Otro _____
- 5. No sabe
- 6. Rehusó contestar

Orientación sexual (*marque solamente una opción*):

- 1. Heterosexual
- 2. Lesbiana
- 3. Gay
- 4. Bisexual
- 5. Otro _____
- 6. No sabe
- 7. Rehusó contestar

Información demográfica de la paciente

1. ¿Es la primera vez que se inscribe en el programa Iowa Care for Yourself?

1. Sí

2. No (*continúe con las preguntas 2-5*) →

2. Seguro de salud (*marque solamente una opción*)

1. Ninguno

→ 1a. Fecha de remisión al seguro ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

1a. Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

1b. Nombre de soltera _____

1c. ¿Origen hispano o latino?

1. Sí 2. No 3. Desconocido

Responda 1d-1i para identificar su raza

| Sí | No | Desconocido | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1d. Blanca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1e. Negra o afroamericana |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1f. Asiática |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1g. Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1h. Nativa americana o nativa de Alaska |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1i. Otra raza |

(continúe con las preguntas 2-5)

2. Seguro (*Incluye la Parte B de Medicare*)

3. Medicare A (*no Parte B*)

4. Seguro insuficiente (*Asistencia con copago y/o deducible alto*)

3. Ingreso Mensual \$____, ____

4. Tamaño del núcleo familiar ____

5. Educación (*marque el nivel más alto obtenido*)

- 1. Menos de 9º grado
- 2. Secundaria incompleta
- 3. Secundaria completa o equivalente
- 4. Universidad incompleta o nivel más alto
- 5. No sabe/ No está segura