



Formulario De Registro Rápido

Por favor escriba legiblemente

1. Apellido: _____ Nombre: _____

2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Apellido de su madre: _____

3. ¿Eres un Veterano? Si No

4. ¿Cuál es su género?

Feminina Masculino Trans de mujer a hombre

Trans de hombre a mujer Otro Preferia no contestar No se

5. ¿Cuál es su orientación sexual?

Heterosexual Gay Lesbiana Bi-Sexual

Otro: _____ Preferia no contestar No se

6. Raza/Origen Étnica: _____

7. Correo electrónico: _____

no tengo un correo electrónico

8. Mejor número de teléfono para contactarte: (____) _____ - _____

no tengo número de teléfono

9. Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ No tengo domicilio

10. Información de su seguro medico

¿Tienes seguro médico? Si No

Si es así, marque uno: Medí-Cal Medicare Seguro Privado

Nombre del Seguro: _____

Numero de policía: _____ Numero de grupo: _____

11. Información sobre sus ingresos:

_____ Anual/Mensual/Semanal/Quincenalmente

NO ENVÍE estos documentos por correo electrónico