

Miembro adicional del hogar: Demografía e información		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Número Seguro Social:	HMIS ID:
Relación con el jefe de hogar <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otra relación <input type="checkbox"/> Miembro no relacionado		
¿Alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene o le ha dicho un médico, un terapeuta o un psiquiatra que padece una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> A género que no sea singularmente masculino o femenino <input type="checkbox"/> Estoy cuestionando mi identidad de género <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó		
¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Se negó		
Afiliación tribal:		
¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a)(x) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)(x)		

Miembro adicional del hogar: Demografía e información		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Número Seguro Social:	HMIS ID:
Relación con el jefe de hogar <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otra relación <input type="checkbox"/> Miembro no relacionado		
¿Alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene o le ha dicho un médico, un terapeuta o un psiquiatra que padece una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> A género que no sea singularmente masculino o femenino <input type="checkbox"/> Estoy cuestionando mi identidad de género <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó		
¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Se negó		
Afiliación tribal:		
¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a)(x) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)(x)		

Miembro adicional del hogar: Demografía e información		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Número Seguro Social:	HMIS ID:
Relación con el jefe de hogar <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otra relación <input type="checkbox"/> Miembro no relacionado		
¿Alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene o le ha dicho un médico, un terapeuta o un psiquiatra que padece una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> A género que no sea singularmente masculino o femenino <input type="checkbox"/> Estoy cuestionando mi identidad de género <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó		
¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Se negó		
Afiliación tribal:		
¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a)(x) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)(x)		