

**Formulario de contacto inicial de myAvatar (salud mental)**

Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	/ /	Número de Seguro Social	- -

Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Tiene una declaración de voluntad anticipada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Qué servicios busca?			

Situación actual de vivienda	
¿Con qué nombre prefiere que lo llamen?	

Dirección			
Ciudad	Estado	CA	Código postal
Teléfono del hogar ( ) -	Teléfono del trabajo		( ) -
Teléfono celular ( ) -	Correo electrónico		

Medio de comunicación preferido

Teléfono del hogar	<input type="checkbox"/>	Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/>	Teléfono celular	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>
Correo postal	<input type="checkbox"/>						

Orientación sexual

Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Gay (hombre)	<input type="checkbox"/>	Lesbiana (mujer)	<input type="checkbox"/>
Bisexual	<input type="checkbox"/>	Transgénero	<input type="checkbox"/>	No sabe/sin definir	<input type="checkbox"/>
Se niega a responder	<input type="checkbox"/>	Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

Apellido de soltera		Apellido de soltera de la madre	
---------------------	--	---------------------------------	--

Estado civil

Soltero/a o nunca se casó	<input type="checkbox"/>	Casado/a	<input type="checkbox"/>	Viudo/a	<input type="checkbox"/>
Divorciado/a	<input type="checkbox"/>	Separado/a	<input type="checkbox"/>	Con nuevo matrimonio	<input type="checkbox"/>
No se sabe	<input type="checkbox"/>				

Idioma principal		Raza	
------------------	--	------	--

Origen étnico

Alasqueño	<input type="checkbox"/>	Cubano	<input type="checkbox"/>
Mexicano/mexicano-estadounidense	<input type="checkbox"/>	Del sudeste asiático: otro	<input type="checkbox"/>
Asiático: otro	<input type="checkbox"/>	Hispano: otro	<input type="checkbox"/>
Hispano/latino: otro	<input type="checkbox"/>	Hispano/latino: otro	<input type="checkbox"/>

Religión	Lugar de nacimiento
País de origen	Máximo nivel de educación alcanzado
Situación laboral	Ocupación
Veterano Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Mencione cualquier otro nombre que haya usado	