

<p>Apellido: Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ( aaaa / mm / dd )      ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género:  <input type="checkbox"/> Hombre    <input type="checkbox"/> mujer    <input type="checkbox"/> Transgénero    <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p><b>* Relación con el miembro de HH primario:</b>  <input type="checkbox"/> cónyuge    <input type="checkbox"/> niño    <input type="checkbox"/> hermano    <input type="checkbox"/> nieto    <input type="checkbox"/> abuelo  <input type="checkbox"/> Otro Pariente    <input type="checkbox"/> Novio / Novia    <input type="checkbox"/> Socio de derecho común    <input type="checkbox"/> Amigo    <input type="checkbox"/> No revelado    <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><b>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):</b>  <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo    <input type="checkbox"/> Hispano / Latino    <input type="checkbox"/> Asiático    <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico    <input type="checkbox"/> Árabe Americano    <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano    <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal    <input type="checkbox"/> N / A</p> <p><b>* Auto-se identifica como:</b>  <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo    <input type="checkbox"/> veterano    <input type="checkbox"/> Evacuado    <input type="checkbox"/> N / A  <input type="checkbox"/> Discapacidad    <input type="checkbox"/> Refugiado    <input type="checkbox"/> Otro    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Enfermedad mental    <input type="checkbox"/> posparto  <input type="checkbox"/> embarazada    <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>	<p>Apellido: Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ( aaaa / mm / dd )      ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género:  <input type="checkbox"/> Hombre    <input type="checkbox"/> mujer    <input type="checkbox"/> Transgénero    <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p><b>* Relación con el miembro de HH primario:</b>  <input type="checkbox"/> cónyuge    <input type="checkbox"/> niño    <input type="checkbox"/> hermano    <input type="checkbox"/> nieto    <input type="checkbox"/> abuelo  <input type="checkbox"/> Otro Pariente    <input type="checkbox"/> Novio / Novia    <input type="checkbox"/> Socio de derecho común    <input type="checkbox"/> Amigo    <input type="checkbox"/> No revelado    <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><b>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):</b>  <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo    <input type="checkbox"/> Hispano / Latino    <input type="checkbox"/> Asiático    <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico    <input type="checkbox"/> Árabe Americano    <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano    <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal    <input type="checkbox"/> N / A</p> <p><b>* Auto-se identifica como:</b>  <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo    <input type="checkbox"/> veterano    <input type="checkbox"/> Evacuado    <input type="checkbox"/> N / A  <input type="checkbox"/> Discapacidad    <input type="checkbox"/> Refugiado    <input type="checkbox"/> Otro    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Enfermedad mental    <input type="checkbox"/> posparto  <input type="checkbox"/> embarazada    <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>	<p>Apellido: Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ( aaaa / mm / dd )      ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género:  <input type="checkbox"/> Hombre    <input type="checkbox"/> mujer    <input type="checkbox"/> Transgénero    <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p><b>* Relación con el miembro de HH primario:</b>  <input type="checkbox"/> cónyuge    <input type="checkbox"/> niño    <input type="checkbox"/> hermano    <input type="checkbox"/> nieto    <input type="checkbox"/> abuelo  <input type="checkbox"/> Otro Pariente    <input type="checkbox"/> Novio / Novia    <input type="checkbox"/> Socio de derecho común    <input type="checkbox"/> Amigo    <input type="checkbox"/> No revelado    <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><b>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):</b>  <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo    <input type="checkbox"/> Hispano / Latino    <input type="checkbox"/> Asiático    <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico    <input type="checkbox"/> Árabe Americano    <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano    <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal    <input type="checkbox"/> N / A</p> <p><b>* Auto-se identifica como:</b>  <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo    <input type="checkbox"/> veterano    <input type="checkbox"/> Evacuado    <input type="checkbox"/> N / A  <input type="checkbox"/> Discapacidad    <input type="checkbox"/> Refugiado    <input type="checkbox"/> Otro    <input type="checkbox"/> No revelado  <input type="checkbox"/> Enfermedad mental    <input type="checkbox"/> posparto    <input type="checkbox"/> embarazada    <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>
---	---	---