



ORIENTACIÓN SEXUAL IDENTIDAD DE GÉNERO (SOGI)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

SEXO ASIGNADO AL NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Desconocido
-----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

PRONOUNS

<input type="checkbox"/> he/him/his/his/himself	<input type="checkbox"/> co/co/cos/cos/cos
<input type="checkbox"/> she/her/her/hers/herself	<input type="checkbox"/> en/en/ens/ens/enself
<input type="checkbox"/> they/them/their/theirs/themselves	<input type="checkbox"/> ey/em/eir/eirs/emself
<input type="checkbox"/> ze/zir/zir/zirs/zirself	<input type="checkbox"/> yo/yo/yos/yos/yoself
<input type="checkbox"/> Xie/hir ("here")/hir/hirs/hirself	<input type="checkbox"/> ve/vis/ver/ver/verself

Otro pronoun, por favor especifique: _____

ORIENTACIÓN SEXUAL

<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual
<input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual
<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> no lo se
<input type="checkbox"/> Elige no revelar

Algo más, por favor describa: : _____

IDENTIDAD DE GÉNERO

<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Femenina
<input type="checkbox"/> Hombre transgénero de mujer a hombre (FTM)
<input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero/Mujer trans
<input type="checkbox"/> Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino
<input type="checkbox"/> Elige no revelar

Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____