



Client Label

(Solo para uso en la clínica, deje en blanco)

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Completa el formulario completo es obligatorios

Información del paciente

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____
 Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____
 (también conocido como) _____
 Sexo Femenino Masculino Transexual M a F Transsexual F a M Se negó a declarar Otro _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Código postal _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
 Lugar de nacimiento _____ Apellido materno de la madre _____

Hispano Si No Desconocido

Origen étnico	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano-Otro	<input type="checkbox"/> Habitante de las islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Indio (Asiático)	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
	<input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco	<input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Sudamericano/Centroamericano
	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Español
	<input type="checkbox"/> Egipcio	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Tailandés
	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Libanés	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Guamano	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano	

Raza	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Desconocido
	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Habitante de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	

Lengua materna	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Tagalo
	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Tailandés
	<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Retenido
	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Otro lenguaje de señas
	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Español	

Contacto de Emergencia

Apellido _____ Primer nombre _____ Teléfono _____