



Client Label

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

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Completa el formulario es obligatorio.

Información del paciente

Apellido _____ Dirección _____
 Primer nombre _____ Ciudad _____ Código postal _____
 Segundo nombre _____ Correo ok? Si No
 Nombre preferido (también conocido como) _____ Teléfono _____
 Fecha de nacimiento _____ Mensajes ok? Si No
 Sexo Femenino Masculino Mujer transgénero Correo electrónico _____
 Hombre transgénero Género queer o No binario Lugar de nacimiento _____
 Otro _____ Se negó a declarar Apellido materno de la madre _____
 Pronombres de género él ella ellos

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"/> Portugueso | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Español | |

Contacto de Emergencia

Apellido _____ Primer nombre _____ Teléfono _____