



ACTUALIZACIÓN DE INFORMACION DEL PACIENTE

Sus respuestas nos ayudan a proporcionar atención de alta calidad, centrada en el paciente, manteniendo los más altos estándares de privacidad y seguridad. Para más detalles sobre por qué recolectamos estos datos específicos, por favor, solicite más información.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Por favor conteste las siguientes preguntas referentes al paciente que consulta hoy:

Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero Masculino Transgénero Femenino Otro
Elijo no divulgarlo

Estado civil: Casado/a Soltero/a Separado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Es el/la paciente un/a estudiante? SI NO
En caso afirmativo: Tiempo completo Medio tiempo

Raza: Blanco Asiático Negro/Afroamericano Indio Americano/ Nativo de Alaska
Otro _____

Origen étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿En cuál idioma se le puede servir mejor al paciente? Inglés Español
 Otro _____

¿Usted entiende inglés? SI NO
En caso negativo: ¿Usted necesita un intérprete? SI NO
En caso negativo: ¿Qué idioma prefiere? _____

¿El/la paciente es veterano/a? SI NO

¿El/la paciente es Amish? SI NO

¿El/la paciente está sin hogar? SI NO

¿Vivienda pública? SI NO

Necesidades especiales: SI NO
En caso afirmativo, elija uno: Problemas con la visión Discapacidad auditiva Problemas cognitivos Otro

Identidad sexual: Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Otro No sé Elijo no divulgarlo