



**ANNUAL PATIENT INFORMATION UPDATE**

Your responses help us to deliver high-quality, patient-centered care, while maintaining the highest standards of privacy and security. For more details on why we collect this specific data, please ask for more information.

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Please answer the following questions for patient being seen today:**

**Gender Identity:**  Male  Female  Transgender Male  Transgender Female  Other  Choose not to disclose

**Patient is:**  Married  Single  Legally Separated  Widowed  Divorced  Partner

**Is patient a student?**  YES  NO

**If yes:**  Full-time  Part-time

**Race:**  White  Asian  Black/African American  American Indian/Alaskan Native  Other \_\_\_\_\_

**Ethnicity:**  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

**What language is patient best served in?**  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

**Do you understand English?**  YES  NO

**If no:** Do you require a translator?  YES  NO

**If no:** What language other than English do you understand? \_\_\_\_\_

**Is patient a Veteran?**  YES  NO

**Is patient Amish?**  YES  NO

**Is patient Homeless?**  YES  NO

**Public Housing?**  YES  NO

**Special Needs:**  YES  NO

**If yes, please select:**  Vision Impairment  Hearing Impairment  Cognitive Issues  Other

**Sexual Identity:**  Straight  Lesbian or gay  Bisexual  Something else  Don't know  Choose not to disclose



### 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