

# Cuestionario del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre e Inicial)		Fecha de Nacimiento	
Sexo al nacer	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	¿Cuál es su idioma principal?
Si el paciente es un menor, Nombre de Padres o Guardián			
Dirección del Paciente		Apartamento	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de la Casa		Del Trabajo	
Celular		Correo Electrónico	
Quiere usted ser <b>excluido</b> de llamadas telefónicas, incluyendo recordatorios de cita de Westside Family Healthcare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

## Información de Seguro

Seguro Primario		ID#	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dueño de la póliza		Fecha de Nacimiento	
¿Tienes un seguro secundario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Nombre de la compañía			

## Contacto de Emergencia

Por favor denos un contacto de emergencia con un teléfono <u>diferente</u> al de usted.			
Nombre		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Relación al Paciente		Número de Teléfono	
¿Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

## Datos Demograficos

<p>Estamos obligados a recoger información sobre las características étnicas y raciales de nuestros pacientes por ciertas fuentes financieras. La información racial y étnica que usted nos proporcione sólo aparecerá en los datos consolidados, excepto en medidas requeridas por la ley. Su cuidado médico no se verá afectado si selecciona no contestar estas preguntas.</p>			
Raza		¿Usted es Veterano de guerra?	La principal fuente de empleo para usted o un miembro de su familia ha sido el trabajo agrícola?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Originario Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No reportada/reusa reportar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Grupo Étnico			
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No reportada/reusa reportar			
Orientación Sexual		Identidad de genero	
<input type="checkbox"/> Heterosexual (No soy lesbian o Homosexual) <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Elijo no reportar	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Transexual Femenino (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Transexual Masculino (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Elijo no reportar
¿Cuál es su ingreso estimado del hogar?		§	
¿Cuántas personas viven en su hogar?			