



Es requerido que oficinas medicas obtener información en cuanto a raza y etnicidad de la población de nuestros pacientes. Esto permite a la Administración de Salud planificar y desarrollar sistemas de salud que sean apropiados para cada persona.

Por favor ayúdenos proveyendo esta información seleccionando apropiadamente en cuanto a su raza y etnicidad de las opciones siguientes.

RAZA (por favor seleccione una)

___ BLANCO Una persona que tiene origen o que se identifica con cual su origen es caucásico de Europa, Norte América o Medio Este.

___ NEGRO Una persona que tiene origen o que se identifica con cualquier grupo racial negro de África.

___ NATIVO AMERICANO/ESKIMO/ALEUT
Una persona que tiene origen o que se identifica con cualquier persona original de Norte América y que mantiene identificación cultural atravésé de afiliación tribunal o comunidad reconocida

___ ASIANO/ISLANDESES PACIFICO
Una persona que tiene origen o que se identifica con cualquier persona Oriental del Este légano, Sur Este Asia, el subcontinente Indio, o los Islandeses Pacíficos. Incluyendo, Hawaii, Laos, Vietnam, Cambodia, Hong Kong, Taiwán, China, India, Japón, Korea, las Islas Filipinas y Samoa.

___ OTRO Cualquier opción no cubierta en las categorías mencionadas. Incluyendo a pacientes que citan más de una raza.

___ NO CONOCIDO Una persona que no puede o no quiere declarar su raza.

ETNICIDAD (por favor seleccione una)

___ NO-HISPANO

___ HISPANO Una persona que se identifica con o es Mexicano, Puerto Ricano, Cubano, Cento o Sur Americano, o otra cultura o origen Español.

___ NO CONOCIDO Una persona que no puede o no quiere declarar su raza.

LENGUAJE DE PREFERENCIA (por favor seleccione uno)

___ Ingles ___ Espanol ___ Otro _____

Nombre de paciente _____ Fecha Completado _____