

Fecha ____/____/____

Nombre del Paciente _____

El Apellido de Soltero u Otro _____

Correo Electronico _____

Requerido Para Registracion Electronica (Portal)

Direccion I Num. de Calle _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Numero De Telefono _____ Celular _____ Trabajo _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Estado Civil (marque uno) Soltero | Casado | Separado | Divorciado Genero Masculino | Femenino

Iniciativas federales de salud requieren obtener la raza, el origen étnico y la información sobre el idioma , si usted prefiere no informar , puede elegir (se niega a reportar).Facategoría que se aplica.

Nacionalidad: Favor de Elegir una respuesta que apliqué por categoria.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Medio Este | <input type="checkbox"/> Niego a contestar |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano indio o Alaska | <input type="checkbox"/> Otras islas del pacifico/Hawaiana Nativa | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Negro Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco/Euro | |
| | <input type="checkbox"/> Mas de una Nacionalidad | |

Etnicidad: (check one)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centroamericano | <input type="checkbox"/> Latino Americano/ Latino | <input type="checkbox"/> Sudamericano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Espanol |
| <input type="checkbox"/> Dominicano | <input type="checkbox"/> Not Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispano Latino O Espanol | <input type="checkbox"/> Puertoriqueno | <input type="checkbox"/> Rehusarse a contestar |

Idioma Preferido: (marque uno) Ingles Espanol Otro _____

Farmacia Local: Recetas seran enviadas electronicamente. Farmacias con direccion postal. Provea informacion en la parte siguiente.

Nombre De la Farmacia _____

Direccion I Numero de Calle _____

Numero De Farmacia _____ Numero de Fax _____

Si usa farmacia con direccion Postal provea informacion: