

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

*Elija por favor solamente UNA respuesta para cada pregunta a menos que se indique de forma diferente.
 Toda la información se mantiene estrictamente confidencial.*

Fecha de la cita:	Hora de la cita:
INFORMACIÓN DEL PACIENTE (MODO DE CONTACTO)	

Nombre del paciente: <small>(Primer Inicial Apellido)</small>	PAD (# de identificación):		Método preferido:
Dirección:	Teléfono de casa:		<input type="checkbox"/>
Ciudad:	Teléfono Celular:		<input type="checkbox"/>
Estado:	Correo electrónico:		<input type="checkbox"/>
Código Postal:			
Contacto de emergencia		¿SEGURO MEDICO?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre:	<input type="checkbox"/> Seguro Privado		
Teléfono:	<input type="checkbox"/> Medicaid		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Fecha de nacimiento: <small>(Mes/día/año)</small>						
Pertenencia étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Blanco	<input type="checkbox"/> No- Blanco Hispano	<input type="checkbox"/> Afro Hispano	<input type="checkbox"/> Afroamericano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Japonés
	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico		<input type="checkbox"/> Dos o mas razas		<input type="checkbox"/> Alguna otra raza	<input type="checkbox"/> No conocido
Idioma Principal:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Mandarin	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Otro