

INFORMACION DE SALUD DE EL PACIENTE
(Patient Health Data Sheet)

El ARRA (American Reinvestment and Recovery Act) requiere que hagamos las siguientes preguntas durante su visita de hoy a pesar de el tipo de examen que tendrás. Entendemos que algunas de estas preguntas pueden ser delicadas y apreciamos su cooperación. Puedes obtener información adicional entrando a la pagina de red www.healthIT.gov.

Demográficas General
(Requerido)

Su Nombre _____

Sexo Hombre Mujer Edad _____

Estatura _____ Peso _____

Fuma? Diario Ocasional Anterior Nunca

Extension de Demográficas

Rasa Indio Americano Otro
 Oriental Blanco
 Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawaii o de otras Islas Pacifica

Lenguaje Preferido Ingles
 Espanol

Origen Étnico Latino o Hispano Otro
 No Latino o Hispano

Yo rehúso dar información extendida de mi demografía personal en esta sección.

Portal de Paciente

Por favor proveer su dirección de correo electrónico para acceso a su registros médicos en línea.

Dirección de correo electrónico: _____

PSR Initials _____