

Name:	_____
MRN:	_____
DOB:	____/____/____ ID# _____
Sex:	M _ F (or place label here)

Información demográfica:

Cada año, les hacemos estas preguntas a todas las personas. Sus respuestas se guardan en su expediente de salud y están protegidas bajo las leyes de privacidad. Esta información nos ayuda a planear su atención. Por favor, salte cualquier pregunta que no quiera responder.

Nombre de preferencia: _____

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi grupo étnico es:

- Latino/hispano No latino/No hispano Prefiero no contestar No sé

Mi raza es: (Marque todas las casillas que correspondan)

- Asiática Nativo de Hawái Indígena de las islas del Pacífico de otro origen
 Negra/afroestadounidense Indígena estadounidense Indígena de Alaska
 Blanca Prefiero no contestar No sé

La categoría de sexo que uso para el seguro médico es:

- Femenino Masculino

Soy un veterano de los servicios uniformados de Estados Unidos..... Sí No

El idioma que prefiero hablar es:

- Inglés Español Ruso Vietnamita Somalí Otro: _____

Mi orientación sexual actual es:

- Lesbiana o gay Heterosexual Bisexual Indeciso/a No sé
 Prefiero no contestar No aparece en la lista; por favor, díganos cuál: _____

Mi identidad de género: (Marque todas las casillas que correspondan)

- Mujer Hombre Niña Niño
 Transfemenino (mujer trans, mujer transgénero, de hombre a mujer)
 Transmasculino (hombre trans, hombre transgénero, de mujer a hombre)
 Género no convencional o genderqueer/imbinario Indeciso/a No sé
 Prefiero no contestar
 No aparece en la lista; por favor, díganos cuál: _____

Mi pronombre es:

- Él Ella Ellos Prefiero no contestar
 No aparece en la lista; por favor, díganos cuál: _____

Lleve este formulario a su cita. Su proveedor puede contestar cualquier pregunta que tenga sobre la información en este formulario y cómo se utilizará.