

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: