



La ley federal requiere que las prácticas médicas soliciten la siguiente información. Favor de marcar la información que le aplique a usted.

- Nacionalidad: Asiático Blanco Afroamericano
 Nativo de Hawái o islas del Pacífico
 Indo Americano o nativo de Alaska
 Prefiero no contestar
- Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Otro-favor de especificar: _____

Si el paciente tiene 13 años o más; marque cuál es su consumo de tabaco:

- Nunca ha fumado.
 Ex fumador.
 Fumador-fuma diariamente.
 Fumador-fuma algunos días.
 No sabe si ha fumado.

Es su derecho, si lo desea, hacer comentarios sobre el uso de este formulario a la dirección electrónica del departamento de U.S. Department of Health and Human services a: www.hhs.gov/feedback.

PACIENTES EN CENTROS DE ENFERMERIA O HOSPICIOS

Reside en un centro de enfermería? no si

Reside en un hospicio? no si

Nombre del establecimiento: _____ Número de Teléfono: _____

PACIENTES MENORE-SOLAMENTE

Existe una orden de corte que afecte la custodia del niño? Sí No

(Si existe una orden de custodia favor de proveer los documentos al personal en la recepción.)

****MENORES CON PADRES DIVORCIADOS:** La responsabilidad del costo de tratamiento para el menor, quien sus padres están divorciados, será del padre que trae al menor para tratamiento. Aunque exista una orden de corte, los costos de tratamiento tendrán que decidirse entre los individuos que tienen custodia del menor. FWEA no participa o se envuelve en tales casos o situaciones.