

**ARIZONA COMMUNITY PHYSICIANS
APÉNDICE DE REGISTRATION**

Nombre del Paciente: _____

Número de Registro (MRN): _____

Debido a regulaciones del gobierno, todos los cuidados médicos serán provisto justamente sin condición a la raza o etnicidad, hemos añadido un campo a nuestra forma de registro. Esta información se quedara confidencial.

Raza (seleccione uno)

- Negro, Afroamericano (01)
- Asiático (02)
- Caucasiano (Blanco) (03)
- Amerindio, Nativo de Alaska (08)
- Hawaiano/Otro Isleños del Pacífico (09)
- Desconocido (98)
- Rechazar (99)

Etnicidad (seleccione uno)

- Hispano
- No Hispano
- Desconocido

Correo electrónico

Firma de Paciente

Firma del Padre/Madre/Guardián

Lenguaje preferible (seleccione uno)

- Inglés (EN)
- Español (ES)
- Árabe (AR)
- Chinos (Todo los tipos) (ZH)
- Francés (FR)
- Alemán (DE)
- Griego (EL)
- Italiano (IT)
- Japonés (JA)
- Coreano (KO)
- Navajo (NV)
- Polaco (PL)
- Ruso (RU)
- Tagalog' (TL)
- Ucraniano (UK)
- Vietnamita (VI)
- Otro _____
(Especifique)

Paciente rechazo a proveer la información en la forma. Firma del empleado.