



Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	# de Seguro Social:
Cónyuge/Padre/Madre:		# de Seguro Social:	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo:	Celular:	Correo Electrónico:	
Seguro del Paciente:	# de ID:	# de Grupo:	
Ocupación:	Empleador:	Teléfono Laboral:	
Método de Contacto de Preferencia:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono Fijo	<input type="checkbox"/> Teléfono Laboral <input type="checkbox"/> Portal del Paciente	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Domicilio
Idioma de Preferencia:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español
Identidad Étnica:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
Raza (Por favor, marque todas las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Aleutiano	<input type="checkbox"/> Esquimal	<input type="checkbox"/> Amerindio
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indo asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Paquistaní
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Fiyiano <input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Tongano	<input type="checkbox"/> Hawaiano
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Griego	<input type="checkbox"/> Italiano
Consentimiento:			
¿Le da permiso a Southwest Women's Oncology para revisar su historial farmacológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Le gustaría participar en el Portal para Pacientes (Tener acceso a su historial médico en línea)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*** Si sí, por favor complete el "User Electronic Mail Authorization Form (My Care Plus: Portal para Pacientes)"			
Médico de Cabecera:		Médico Remitente:	
Otros Médicos:			
Farmacia de Preferencia (Nombre y Ubicación):			
Alergias:			
¿LE GUSTARÍA TENER UN ACOMPAÑANTE EN LA SALA DE EXAMEN? (MARQUE UNA)			SÍ NO

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____