



<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	<b># de Seguro Social:</b>
<b>Cónyuge/Padre/Madre:</b>		<b># de Seguro Social:</b>	
<b>Domicilio:</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono Fijo:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Seguro del Paciente:</b>	<b># de ID:</b>	<b># de Grupo:</b>	
<b>Ocupación:</b>	<b>Empleador:</b>	<b>Teléfono Laboral:</b>	
<b>Método de Contacto de Preferencia:</b>	<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
<b>Idioma de Preferencia:</b>	<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
<b>Identidad Étnica:</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
<b>Raza (Por favor, marque todas las que correspondan):</b>			
<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
<b>Consentimiento:</b>			
¿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)"			
<b>Médico de Cabecera:</b>		<b>Médico Remitente:</b>	
<b>Otros Médicos:</b>			
<b>Farmacia de Preferencia (Nombre y Ubicación):</b>			
<b>Alergias:</b>			
¿LE GUSTARÍA TENER UN ACOMPAÑANTE EN LA SALA DE EXAMEN? (MARQUE UNA)			<b>SÍ    NO</b>

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_