



## SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

El gobierno federal está solicitando que todos los médicos obtengan información sobre la raza y etnicidad de sus pacientes para monitorear la calidad del cuidado médico y asegurar que todo paciente reciba el mejor cuidado posible, sin distinción de raza o etnicidad. Por favor, complete este cuestionario para que así podamos participar en este esfuerzo. Si decide proporcionarnos esta información, le aseguramos que mantendremos su identidad en estricta confidencialidad. Si decide no participar, seleccione la opción.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué categoría describe mejor la etnicidad del paciente?

- Origen hispano o latino
- IndioAmericano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico
- Negro o Afroamericano
- Blanco / Caucásico
- Otro

2. ¿Cuál es el idioma preferido del paciente?

- Castellano (Español)
- Inglés
- Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es el idioma preferido del paciente?

- No deseo proporcionar esta información.

***Gracias por su tiempo.***