

**ARIZONA COMMUNITY PHYSICIANS  
APÉNDICE DE REGISTRATION**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Registro (MRN): \_\_\_\_\_

**Debido a mandatos del gobierno, todos los cuidados medicos seran provisto justamente sin condicion a la raza o etnicidad, hemos añadido un campo a nuestra forma de registro. Esta informacion 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 electronico** (opcional)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián

**Lenguaje preferible** (seleccione uno)

- Ingles (EN)
- Español (ES)
- Árabe (AR)
- Chinos (Todo los tipos) (ZH)
- Frances (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 informacion en la forma. Firma del empleado.