



## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO # (C) \_\_\_\_\_ (CELL) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

FARMACIA (DIRECCION-CIUDAD) \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO  FEMININO

### RAZA (ELIJA UNA)

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- Black or African American
- White
- Hispanic
- Other Race
- Other Pacific Islander
- Refuse to report

ETNIA: HISPANIC OR LATINO  NOT HISPANIC OR LATINO  REFUSE TO ANSWER

PRIMER IDIOMA: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL GARANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO#: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_