



MFA: Departamento de cirugía

Formulario de uso sustancial

Apellido: _____

Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Mi dirección de correo electrónico es: _____@_____

Médico de cabecera: _____ N.º de teléfono: _____

Actualmente estamos obligados a recopilar el idioma preferido, la raza y el grupo étnico. Si prefiere no informar estos datos, puede optar por negarse. Gracias por su cooperación.

Idioma preferido	Raza	Grupo étnico
<input type="checkbox"/> Inglés	Asiático	Hispano/latino
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska Isleño del Pacífico/ Nativo de Hawái	Se niega a informar
Otro: _____ Se niega a	Blanco	
	Otro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconocido	
	<input type="checkbox"/> Se niega a informar	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

En un esfuerzo por brindarle un mejor servicio, nos gustaría actualizar su información de farmacia preferida. Esta información se utilizará para recetar sus medicamentos electrónicamente.

Nombre de farmacia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

En un esfuerzo por brindarle un mejor servicio, elija el mejor método para las confirmaciones de citas.

Marque una opción:

Teléfono Número de teléfono: _____

Mensaje de texto Celular: _____

Correo electrónico Dirección de correo electrónico: _____