

NEWPORT CHILDREN'S MEDICAL GROUP

PATIENT DEMOGRAPHIC QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

PATIENT/PACIENTE: _____ DOB/FECHA DE NACIMIENTO: _____

We are asking for your race and ethnicity due to government regulations to implement electronic medical records. We will keep this information confidential and will update it in your medical record. Please circle the information below that will best describes your child. Thank you.

Estamos pidiendo su raza y etnicidad debido a las regulaciones del gobierno para implementar registros Médicos electrónico. Mantendremos esta información confidencial y la actualizaremos en su expediente médico. Por favor circule la información a continuación que mejor describa a su hijo/hija. Gracias.

Patient Race (please circle)

Raza Paciente (por favor circule)

- 7. WHITE/ BLANCO
- 2. BLACK OR AFRICANAMERICAN/ NEGRO O AFROAMERICANO
- 100. ASIAN/ ASIATICO
- OTHER _____
- 104. OTHER PACIFIC ISLANDER
- 103. NATIVE HAWAIIAN
- 5. AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE
- 102. MORE THAN ONE RACE/ MAS DE UNA RAZA
- 9. OTHER/OTRA: _____

SPOKEN LANGUAGE (please circle)

LENGUAJE HABLADO (por favor circule)

- 1. ENGLISH/ INGLES
- 2. SPANISH/ ESPANOL
- 9. ARABIC/ ARABE
- 4. CHINESE/ CHINO
- 37. TAGALOG/ TAGALOGO
- 10. THAI/ TAILANDESA
- 12. VIETNAMESE/ VIETNAMITA
- 44. AMERICAN SIGN LANGUAGE/ LENGUAJE DE SIGNOS AMERICANO
- 99. OTHER/ OTRA: _____

Ethnicity (please circle)

Origen Étnico (por favor circule)

- 2. NOT HISPANIC OR NOT LATINO
- 1. HISPANIC OR LATINO

5.