

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente

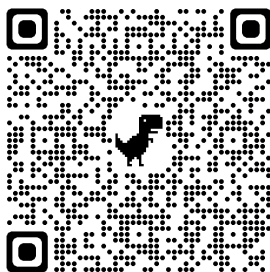
Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha de Notificacion Recibida



Puede escanear este QR codigo para ver el Aviso de Practicas de Privacidad

We Ask Because We Care

Raza y grupo étnico: preguntamos porque usted nos importa

Favor de contestar este cuestionario. Utilizamos esta información para revisar el tratamiento que reciben los pacientes y asegurarnos de que todos reciban atención de la más alta calidad. Sus respuestas individuales son privadas y no se compartirán fuera del sistema de atención médica.

- ¿Se considera usted hispano o latino? (Hispanic/Latino?)

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)

- ¿Cómo describiría su raza? Por raza, nos referimos al grupo o grupos principales de gente del que provienen sus ancestros. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your race)

<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska (Am. Indian/Alaska Native)	<input type="checkbox"/> Asiático (Asian)
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (African American/Black)	<input type="checkbox"/> Blanco (White)
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico (Nat. Hawaiian/Pacific Islander)	<input type="checkbox"/> Otro _____ (Other)
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)

- ¿Cómo describiría el grupo étnico al que pertenece? Por grupo étnico, nos referimos al grupo o grupos con los que comparte su identidad cultural o costumbres. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your ethnicity)

<input type="checkbox"/> Africano (African)	<input type="checkbox"/> Japonés (Japanese)
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (African Am./Black)	<input type="checkbox"/> Coreano (Korean)
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (Alaska Native)	<input type="checkbox"/> Laosiano (Laotian)
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense (American Indian)	<input type="checkbox"/> Mexicano (Mexican)
<input type="checkbox"/> Árabe o del norte de África (Arab/North African)	<input type="checkbox"/> Oriente Medio (Middle Eastern)
<input type="checkbox"/> Indio del continente asiático (Asian Indian)	<input type="checkbox"/> Mongol (Mongolian)
<input type="checkbox"/> Camboyano (Cambodian)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái (Native Hawaiian)
<input type="checkbox"/> Primeras naciones (Canadá) (First Nation/Canada)	<input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico (Pacific Islander)
<input type="checkbox"/> Caribeño o de Indias Occidentales (Caribbean/West Indian)	<input type="checkbox"/> Ruso (Russian)
<input type="checkbox"/> Centroamericano (Central American)	<input type="checkbox"/> Samoano o samoano americano (Samoan/American Samoan)
<input type="checkbox"/> Chino (Chinese)	<input type="checkbox"/> Suramericano (South American)
<input type="checkbox"/> Europeo o de ascendencia europea (European/European Descent)	<input type="checkbox"/> Tailandés (Thai)
<input type="checkbox"/> Filipino (European/European Descent)	<input type="checkbox"/> Tibetano (Tibetan)
<input type="checkbox"/> Guameño (Guamanian)	<input type="checkbox"/> Tongano (Tongan)
<input type="checkbox"/> Hmong (Hmong)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (Vietnamese)
<input type="checkbox"/> Indígena - Maya (Indígena-Maya)	
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)
<input type="checkbox"/> Otro _____ (Other)	

- ¿Donde naciste? _____

Favor de entregar este formulario al personal de la recepción cuando lo haya contestado. Gracias.