ASSOCIATION OF ALEXANDRIA RADIOLOGISTS, PC

PATIENT MEANINGFUL USE DATA SHEET

alexandriaradiology.com

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PRIMERO INICIAL MEDIA

Fecha de nacimiento: _____ ○ Masculino ○ Femenino

Telefono (De Casa) _____ (Célula) _____

E-Mail: _____
Al proporcionar la dirección de correo electrónico, el paciente acepta recibir comunicación por correo electrónico

ETHNICITY

- ○ Hispanico or Latino
- ○ Not Hispanico or Latino
- ○ Disminuyo indicar

ESTATUS DE FUMAR

- ○ Fumador de cada dia
- ○ Fumador algunos dias
- ○ Fumador anterior
- ○ Nunca fumador

RAZA

- ○ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ○ Asiatico
- ○ Norteamericano negro o africano
- ○ Hawaiano Nativo o Otro Isleno pacifico
- ○ Blanco
- ○ Otra Raza
- ○ Disminuyo indicar

PREFERRED LANGUAGE

- ○ Ingles
- ○ Frances
- ○ Italiano
- ○ Japones
- ○ Portugues
- ○ Ruso
- ○ Espanol
- ○ Desconocido/otro

LISTA DE PROBLEMAS – ☐ Ningun

_____ Fecha que comenzo _____

_____ Fecha que comenzo _____

_____ Fecha que comenzo _____

_____ Fecha que comenzo _____

MEDICINA – ☐ Ningun

_____ Dose _____

_____ Dose _____

_____ Dose _____

_____ Dose _____

LISTA DE LA ALERGIA DE LA MEDICACIÓN – ☐ Ningun

_____ Reaccion _____

_____ Reaccion _____

_____ Reaccion _____

_____ Reaccion _____

SUBMIT