



**ColumbiaDoctors**

*The Physicians and Surgeons  
of Columbia University*

El Gobierno Federal nos requiere hacer estas preguntas. Esta información es utilizada para seguir enfermedades por edad, generó, raza y pertenencia étnica. Utilizaremos esta información para identificar las necesidades de diversos grupos de pacientes, desarrollar proyectos y para supervisar la calidad de nuestros servicios, para que todos nuestros pacientes reciban un tratamiento de alta calidad sin importar la raza o pertenencia étnica. Le pedimos que elija una selección bajo cada una de las categorías y le agradecemos el tiempo dado en completar esta forma.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**MRN#:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Visita:** \_\_\_\_\_

**Étnica:**

- Declino en hacer declaraciones(no deseo responder)
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

**Raza:**

- Declino en hacer declaraciones (no deseo responder)
- Americano- Indio o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Nativo de Hawái o otro Isleño Pacifico
- Blanco

**Lenguaje Preferido:**

- Declino en hacer declaraciones (no deseo responder)
- ARABE
- CHINO
- CHECO
- HOLANDES
- INGLES
- FRANCES
- ALEMÁN
- GRECO
- HEBREO
- HINDÚ
- INDONESIO
- ITALIANO
- JAPONES
- KOREANO
- MALAYO
- PERSICO
- POLACO
- PORTUGUÉS
- RUMANO
- RUSO
- LENGUAJE POR SEÑAS
- SLOVAKO
- ESPAÑOL
- SWAHILI
- TAGALO
- TAILANDES
- TURKO
- URDU
- VIETNAMITA
- YIDISH

**Staff: please enter information in IDX and shred document. Do not scan into CROWN**