



Patient Intake Form

We are participating in the meaningful use program sponsored by the federal government. We are collecting this data to be compliant with the program in an effort to increase patient safety, improve patient care and create a complete patient record. We appreciate your assistance with providing our practice this information.

Required Information:	Please fill in the information in the area below		
Full Name			
Date of Birth			
Email Address			
Gender	Male	Female	
Marital Status	Single	Married	Widowed
	Divorced	Separated	
Ethnic Group	Hispanic or Latino	Not Hispanic or Latino	Declined to answer
Race	American Indian or Alaska Native	Asian	Other Race
	Black or African American	White	Declined to answer
	Native Hawaiian or Other Pacific Island		
Preferred Language	Arabic	Cantonese	English
	Hebrew	Japanese	Korean
	Mandarin	Russian	Spanish

Smoking Status:	Current every day smoker	Current some day smoker
	Former Smoker	Never smoked
Height		
Weight		
Do you have any allergies to medications? If yes, please list allergies		
Are you taking any medications? If yes, please list medications and dosages		
Reason for today's visit: (What symptoms/problems are you having?)		

Formulario de admisión del paciente

Estamos participando en el programa de uso significativa patrocinado por el gobierno federal. Estamos recopilando datos para que sea compatible con el programa en un esfuerzo por aumentar la seguridad del paciente, mejorar la atención al paciente y crear un registro completo del paciente.

Información Requerida:	Por favor complete la información en la parte inferior		
Nombre:			
Fecha de nacimiento:			
Dirección de correo electrónico:			
Sexo:	M	F	
Estado Civil	Soltero Divorciado	Casado Separado	Viudo
Grupo Etnico	Hispanico o Latino	No Hispanico o Latino	Negarse a Contestar
Raza	Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o otros islenos del pacifico	Asiatico Blanco	Otra Raza Negarse a Contestar
Idioma Preferido	Arabe Hebreo Mandarin	Cantones Japones Ruso	Ingles Coreano Espanol
¿Fuma?	Fuma diario Fumo en el pasado	Fuma de vez en cuando Nunca fumado	
¿Cuanto mide?			
¿Cuanto pesa?			
¿Tiene alergias? Si es así, haga una lista de alergias			
¿Esta tomando cualquier Medicamentos? En caso afirmativo, por favor liste los medicamentos y dosis			
Razon de la visita hoy: ¿Qué síntomas tienen?			