

Patient Label

Los Hospitales Texas Children's Hospital y Methodist Hospital les gustaría que contestaran las preguntas a continuación. Favor de llenar la sección 1 y 2.

Sección 1

Se considera usted hispano, latino o de origen español (cubano, mexicano, puertoriqueno, sur o centro americano. o de alguna otra cultura u origen español, aunque sea de otra raza?).

- Hispano, latino, de origen español.
- No hispano, latino o de origen español.

Sección 2

De que raza se considera usted? Porfavor seleccione uno o más de los siguientes:

- Indio americano o nativo de Alaska* - Persona con origen en cualquiera de la gente originaria de Norte, Centro o Sudamérica, cualquiera que mantiene afiliación con alguna tribu o comunidad.
- Asiático* - Persona con origen en cualquiera de la gente originaria del Lejano Oriente, sureste de Asia o del subcontinente de India? Incluyendo por ejemplo Cambodia, China, Japón, Korea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia, Vietnam. (Nota: individuos de las Islas Filipinas han sido clasificados como isleños del Pacífico en datas anteriores.
- Negro, afroamericano, haitian* - Persona con origen en cualquiera de los grupos raciales del Africa.
- Nativo hawaiano, o cualquier isleño del Pacífico* - Persona con origen en cualquier persona originaria de Hawaii, Guam, Samoa, o cualquier otra de las Islas del Pacífico.
- Blanco* - Persona con origen en cualquier persona originaria de Europa, Medio Oriente o Africa del Norte.
- Marque aquí si usted no desea proveer parte o nada de la información solicitada arriba.

Gracias por tomarse el tiempo para llenar este cuestionario.