

Encuesta Demografica Para el Paciente

Con el propósito de ofrecerle un mejor servicio, Winston Eye Care ha tomado parte de una iniciativa emprendida por Medicare. Hemos incluido algunas preguntas frecuentes para que Ud. entienda mejor este proceso.

¿Porque le estamos haciendo estas preguntas?

Como parte de esta iniciativa, se requiere el seguimiento de guías específica. Las siguientes preguntas son un componente de dichas guías y fueron diseñadas para que Ud., el paciente, tenga la oportunidad de medir, calificar y cuantificar nuestra habilidad como proveedores de servicios para la salud.

¿Porque me es requerido llenar esta encuesta?

Aunque no a todos los pacientes se les requiere tomar la encuesta, los pacientes que la toman nos están ayudando a entender las necesidades de nuestros pacientes y consecuentemente hacer llegar la información a su proveedor de salud.

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ N. de Cuenta: _____

1. ¿Cuál es su primer idioma? _____

2. ¿Requiere Usted alguna ayuda especial?

- Oído Dañado
- Necesito Un Traductor
- Necesito una Silla de Ruedas

3. ¿A qué raza pertenece?

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiática
- Negra o Afroamericana
- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico
- Blanca
- Otra
- Prefiero no responder

4. ¿Cuál es su Identidad Étnica?

- No-Hispano o Latino
- Hispano o Latino
- Desconocido
- Prefiero no responder

5. ¿Cuál es su apellido materno? _____

6. ¿En qué estado nació Usted? _____