

# PATIENT HEALTH CARE PREFERENCES QUESTIONNAIRE

We would like to know more about you so that we may provide you with access to the best possible health care. Please take a moment to complete this optional questionnaire. Your responses to these questions will help us to better meet your needs.

1. What language do you speak most often with your friends and family?

---

2. What language would you like to use today for your office visit?

---

3. Do you have a family member or friend with you today to go in with you for your office visit?

Yes  No

Please write their name and relationship to you \_\_\_\_\_

4. Would you like an interpreter to assist you to help you clearly understand the discussions about your health care today?

Yes  No

5. Do you need help filling out medical forms?

Yes  No

6. Are you able to read and understand the directions on a bottle of medicine?

Yes  No

7. Do you have any cultural, religious beliefs, or preferences about your health care that you would like us to know?

Yes  No

If yes, please write down how you manage them, what remedies have been tried, and the health outcomes. Please include the names and type of practice of any doctors or other health care professionals involved in your health treatment.

---

---

Please use the space below to tell us anything else about you that you'd like to share. Your doctor will use this information to help give you the best medical care possible.

---

---

Thank you for completing this patient questionnaire.

# CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Nos gustaría conocer más acerca de usted para poder brindarle acceso a la mejor atención médica posible. Le pedimos que se tome unos minutos para completar este cuestionario opcional. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a satisfacer mejor sus necesidades.

1. ¿Qué idioma habla con más frecuencia con sus amigos y su familia?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma le gustaría usar hoy para su visita al consultorio?

\_\_\_\_\_

3. ¿Hoy vino a la visita con algún familiar o amigo que entrará con usted al consultorio?

Sí

No

*Escriba el nombre y el parentesco que tiene con usted* \_\_\_\_\_

4. ¿Le gustaría contar con un intérprete para que le ayude a comprender con claridad lo que se converse hoy en relación con su atención médica?

Sí

No

5. ¿Necesita ayuda para completar formularios médicos?

Sí

No

6. ¿Puede leer y comprender las indicaciones de un frasco de medicamentos?

Sí

No

7. ¿Tiene alguna creencia cultural o religiosa, o alguna preferencia sobre su atención médica que le gustaría que conociéramos?

Sí

No

En caso afirmativo, escriba cómo las maneja, qué remedios ha probado y cuáles fueron los resultados médicos. Incluya los nombres y el tipo de especialidad de los médicos u otros profesionales de atención médica que hayan participado en su tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Use el espacio que figura debajo para decirnos cualquier otra cosa acerca de usted que le gustaría compartir. Su médico usará esta información para brindarle la mejor atención médica posible.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario del paciente.