

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ACOMPAÑANTE DE ESTUDIO**

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número Teléfono Principal:	Número Celular:	Edad:
Correo Electrónico:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Africano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Otro		
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non-Hispano <input type="checkbox"/> Otro		Lenguaje Nativo:
Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro		

\_\_\_\_\_  
Firma del Acompañante\_\_\_\_\_  
Fecha

La información anterior es como corresponde a mi mejor conocimiento. Autorizo a K2 Medical Research a recopilar, revisar y almacenar mi información para futuras referencias. También autorizo a ser contactado por un proveedor externo durante mi participación en K2 Medical Research para obtener más información acerca de recursos en mi área.

Iniciales Front Desk: \_\_\_\_\_ Revisado por (iniciales del personal y fecha) \_\_\_\_\_