



Fecha de hoy: ____/____/____ Número de cuenta: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguro social: ____-____-____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2º nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Planned Parenthood puede enviarle la correspondencia en un sobre común? Sí No

Teléfono domicilio: (____)____-____ ¿Podemos llamarle a su casa? Sí No

Teléfono del trabajo: (____)____-____ ¿Podemos llamarle a su trabajo? Sí No

Teléfono celular: (____)____-____ ¿Podemos llamarle a su celular? Sí No

¿Podemos decir que llamamos de Planned Parenthood? Sí No

Si respondió No a cualquiera de las preguntas anteriores, debe proporcionar una forma alterna para comunicarnos con usted:

Nombre de la persona contacto alterna: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____)____-____ Ciudad Estado Código postal

¿Es también esta persona su contacto de emergencia? Sí No De no ser así, llene la información de contacto para emergencias.

Nombre de la persona contacto para emergencias: _____

Relación con el/la paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____)____-____ Ciudad Estado Código postal

¿Desea autorizar a alguien para que recoja sus suministros? Sí No

Nombre(s): _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a legalmente Divorciado/a Viudo/a

Raza: Marque todas las que sean pertinentes Asiática Negra Blanca Amerindio/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Isleña del Pacífico Otro _____

Etnia: Hispana Sí No

Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado/a No está buscando trabajo

Empleador: _____

Grado de educación más alto culminado: ____ ¿Es estudiante? No En caso afirmativo Es estudiante a tiempo completo o Es estudiante a medio tiempo

Ingreso total **semanal de quienes mantienen su hogar** antes de impuestos: \$ _____ (salarios, incapacidad y seguro social)

Indique el número de personas en su hogar que se mantienen con este ingreso: _____

¿Cuántos hijos vivos tiene usted? _____

¿Tiene usted seguro de salud o Medicaid? Sí No

¿Cubre su seguro de salud control de la natalidad? Sí No

¿Desea que facturemos a su seguro por los servicios proporcionados en el día de hoy? Sí No

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación del titular de la póliza con la paciente: _____

Si desea que facturemos a su seguro o a Medicaid, presente su tarjeta al personal de la recepción.

Comprendo que la información de mi historia médica puede ser revelada si los servicios se facturan a una compañía de seguros o a un tercero.

Firma: _____

Para uso del personal únicamente: Tipo de pago: _____