

DOB

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Toll Free 1-866-942-7762

Chart #

Chapel Hill Health Center Durham Health Center Fayetteville Health Center
1765 Dobbins Drive 105 Newsom Street, Suite 101 4551 Yadkin Road
Chapel Hill, NC 27514 Durham, NC 27704 Fayetteville, NC 28303

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Nombre: Apellido:

Fecha de Nacimiento: Edad: # Seguro Social:

Para el propósito de reportar estadísticas solamente

Raza: Blanco/a Negro/a Indio/a Americano/a Asiático/a Nativo/a de Hawaii u otra isla pacífica Otra/No Sé

¿Es de origen hispano/latino? Sí No

Estado Legal: casado/a separado/a nunca casado/a Años de Escuela: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+
divorciado/a viudo/a ocupación

Dirección:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Tel. de Casa: Tel. del Trabajo:

Tel. Celular: Correo Electrónico:

¿En dónde podemos comunicarnos con usted por teléfono?: Casa Trabajo Celular

¿Cómo nos debemos identificar? Planned Parenthood Centro de Salud
(indique uno) Oficina de Doctor Pam Perez (nombre código)

Contacto de Emergencia (La confidencialidad puede ser violada si no le podemos contactar cuando se detecta o se sospecha una condición que pone en riesgo su vida):.

Nombre: Relación:

Tel. de Casa: Tel. de Trabajo o Celular:

METODO DE PAGO

- Pagaré con cheque, tarjeta de crédito o en efectivo (o una combinación de ellos)
Seguro médico/Medicaid: Blue Cross Blue Shield, Cigna, Wellpath o UnitedHealthcare, General Medicaid, Carolina Access (se requiere # de referencia) o Waiver del la Planificación Familiar (favor de presentar su tarjeta)
Yo, (firma) autorizo PPCNC y sus representantes llamamiento a los servicios prestados for ellos a mi si mi seguro me los niega.
Participantes de Medicaid: ¿Cuenta con otro tipo de seguro médico? Sí No (Se tiene que mandar el reclamo de pago a su otro seguro médico primero, de lo contrario Medicaid puede negarse a cubrir el costo de los servicios. Usted tendría que pagar cualquier balance pendiente si no provee información completa sobre su seguro médico).
Título X: Programa de descuentos para pacientes de bajos recursos y sin seguro médico que cubre un examen ginecólogo y un método anticonceptivo en el centro de Durham (presente comprobante de ingresos)
Otro (favor de explicar):

Se tiene que realizar el pago el mismo día en que se recibió el servicio. Si se manda un reclamo de pago a la compañía de seguros, le mandaremos una factura por cualquier cantidad que no cubra el seguro. Hay una fecha límite de pago de 30 días después de recibir el estado de cuenta. Después de 30 días, se le cobrará un cargo adicional de \$25 y se mandará su caso a una agencia de cobros.

Yo firmo este formulario en fe que la información de mi seguro esta correcta y actualizada. Entiendo y estoy de acuerdo que a pesar de mi método de pago tengo la última responsabilidad por el balance de mi cuenta para los servicios profesionales proporcionados si no se cubren completamente por mi seguro o por el/los programa(s) en el/los cual(es) estoy participando. Favor de anotar: PPCNC le enviará por correo un estado de cuenta con su balance si es mayor de edad.

Firma: Fecha: