

DOB

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Toll Free 1-866-942-7762

Chart #

Chapel Hill Health Center
1765 Dobbins Drive
Chapel Hill, NC 27514

Durham Health Center
105 Newsom Street, Suite 101
Durham, NC 27704

Fayetteville Health Center
4551 Yadkin Road
Fayetteville, NC 28303

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

First name: _____ Last name: _____

Name you would like to be called: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ SS#: _____

For statistics reporting purposes only

Race: White Black American Indian Asian Native Hawaiian/Pacific Islander Other/Unknown

Are you of Hispanic/Latino/a origin? Yes No

Legal gender: Female Male

Gender identity: Female Male Transgender Preferred pronoun: He She Self-identify: _____

Relationship Status: married separated never married divorced widowed partnered

Yrs Education completed: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

Occupation _____

Street Address: _____

City: _____ County: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ Email Address: _____

Where may we contact you by phone?: Home Work Cell

How should we identify ourselves? (mark one) Planned Parenthood Health Center
 Doctor's Office Pam Perez (code name)

Can we leave a detailed message on your phone, including confidential medical information? Yes No

Emergency Contact Person (required)*:

Name: _____ Relation to you: _____

Home Phone: _____ Work or Cell Phone: _____

**Confidentiality may be broken if you cannot be contacted when a life-threatening condition is suspected or detected or when medically necessary.*

By signing I certify that the above information is accurate and I agree to the terms stipulated in this form: _____ Date _____

DOB

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Toll Free 1-866-942-7762

Chart #

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

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre que le gustaría ser llamado _____

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 origin hispano/latino? Sí No

Genero Legal: Feminina Masculino

Genero Identidad: Feminina Masculino Transgenero Pronombre preferido: El Ella Auto identificacion: _____

Estado Legal: casado/a separado/a nunca casado/a divorciado/a viudo/a asociado/a

Años de Escuela: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

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? (indique uno) Planned Parenthood Centro de Salud
 Oficina de Doctor Pam Perez (nombre código)

¿Podemos dejarle un mensaje telefónico detallado que incluya información médica confidencial? Sí No

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 o cuando sea médicamente necesario.*):

Nombre: _____ Relación: _____

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