Planned Parenthood®
Planned Parenthood of the Heartland

INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre: _____
Apellido Primer nombre sigla Nombre de soltera

Nombre que Ud. Usa fuera de su nombre legal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Su información es confidencial. Sin embargo, debemos tener una manera de ponerse en contacto con usted.

Dirrección de la casa: _____
Calle

_____
Ciudad Estado Código Postal Condado

¿Podemos enviar correo a esta dirección?
☐ Sí ☐ No, pero entiendo que me puede ser contactado por teléfono y/o por escrito en el caso de un resultado del laboratorio anormal o positivo.

Si usted fracasa pagar una cuenta, cualquier petición para no recibir correo es nula.

Teléfono de día: _____ Teléfono de la casa: _____

¿Cuál números podemos utilizar para ponerse en contacto con usted? ☐ Teléfono de día ☐ Teléfono de la casa

¿Nos podemos dejar un mensaje en estos números?
☐ Sí ☐ No, pero entiendo que me puede ser contactado por teléfono y/o por escrito en el caso de un resultado del laboratorio anormal o positivo.

Dirección de correo electrónico (Email): _____

¿Cuál es su idioma principal? ☐ inglés ☐ español ☐ otro: _____

Lugar de nacimiento: _____
Estado Condado

Estado Civil: ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Tengo pareja ☐ Separada/o ☐ Divorciada/o ☐ Viuda/o

Estado de ser estudiante: ☐ No es estudiante ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial

El nivel máximo de la escuela completó:
☐ 8 grado o menos ☐ 9-12 grado, sin diploma ☐ Grado de Secundaria ☐ Algún colegio, sin grado
☐ Grado de Asociado ☐ Grado de Licenciatura ☐ Título Posgrado ☐ Desconocido

Raza:
☐ Indígena Americana/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ No se sabe
☐ Indígena Asiático ☐ Hawaiano Nativo/Otro de las Islas Pacíficas ☐ Otro: _____
☐ Negro o Africano Americano ☐ Blanco

Etnia:
☐ Hispano o Latina/o ☐ No Hispano

Contacto de emergencia: (Tiene que tener por lo menos 18 años de edad)

_____
Nombre Número de teléfono Relación

Name: _____
Birthdate: _____
PPHeartland Num: _____