

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER NORTHERN NJ, INC.

**DEMOGRAPHIC SHEET**

(Informacion Demografica)

Last Name (Apellido): \_\_\_\_\_ First Name (Primer Nombre): \_\_\_\_\_ MI (Inicial Media): \_\_\_\_\_

Contact Address (Dirección): \_\_\_\_\_ City (Ciudad): \_\_\_\_\_

State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip (Codigo Postal): \_\_\_\_\_ County (Condado): \_\_\_\_\_

Sex (Sexo):  Female (Hembra)  Male (Varón) DOB (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SS# (Número de tarjeta de Seguro Social) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ETHNICITY** (Pertenencia Etnica):  Hispanic (Hispano)  Non-Hispanic  Unknown (no se)

**RACE** (Raza) You can check more than one (Puede, marcar ma's de una):

- American Indian or Alaskan Native (India Americana o native de Alaska)
- Asian (Asiatica)
- Black or African American (Negra o Africana Americana)
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativa de Hawaii o otra de las isles del Pacifico)
- White (Blanca)

**STUDENT** (ESTUDIANTE):  Yes (si)  No  High School  College  Full-time  Part-time

**CONTACT INFORMATION** (Informacion para contactarle)

Phone # (Número de teléfono): \_\_\_\_\_ Work # (Número de su trabajo): \_\_\_\_\_

E-mail address (direccion de e-mail): \_\_\_\_\_

**ALTERNATIVE CONTACT** (Otra forma de contactarle)

**EMERGENCY CONTACT PERSON (Legal Guardian, if under 18)** (contacto en caso de emergencia: persona responsable por usted si es menor de 18 anos): Name (nombre) \_\_\_\_\_

Phone # (Número de teléfono): \_\_\_\_\_

Can we send mail (¿Podemos enviarte los correos a su hogar?)  Yes (si)  No

OK to call home? (Podemos llamar a su hogar?)  Yes (si)  No

Who can we leave message with (Con quien podemos dejarle un mensaje) \_\_\_\_\_

Insurance (Seguro Medico):  Yes (si)  No Prescription Plan (Plan de Medicina):  Yes (si)  No

What is your primary language? (Cual es su idioma primario?): \_\_\_\_\_

Do you understand English? (Usted entiende Ingles?)  Yes (si)  No

Do you read English? (Puede, usted leer Ingles?)  Yes (si)  No

Do you need an interpreter? (Necesita un interprete?)  Yes (si)  No

If you cannot come to pick up supplies yourself, who may pick them up for you? (Si Ud. No puede buscar sus medicamentos, quien puede venir a buscarlos por Ud.?)

\_\_\_\_\_  
Name (nombre)

\_\_\_\_\_  
Date (fecha)

**FOR CEED GRANT SCREENING PATIENT ONLY**

Place of Birth (Lugar del nacimiento): City (Ciudad): \_\_\_\_\_

State (Estado): \_\_\_\_\_ Country (País): \_\_\_\_\_

Maiden Name (Nombre de soltera): \_\_\_\_\_

Current Occupation (Ocupación actual): \_\_\_\_\_

Previous Occupation (Ocupación anterior): \_\_\_\_\_

**NOTE:** This information is confidential and will not be released to anyone without your written consent except as required by law. Services will be provided even if this form is not completed (Esta informacion es confidencial y no la compartiremos con nadie sin su consentimiento por escrito excepto si es requerido por la ley. Le serviremos aunque no complete esta planilla.)

**PLEASE NOTE: IF THERE ARE ANY MAJOR PERMENENT CHANGES, PATIENT MUST FILL OUT A NEW FORM**

**Information reviewed/updated with patient:**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no change

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no change

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no change

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_