



# HOJA DE REGISTRO

Fecha \_\_\_\_\_

**Si visita este Centro por primera vez.** Bienvenido. Por favor complete la siguiente forma.  
**Si ha estado antes en este Centro.** Bienvenido nuevamente. Por favor, complete la siguiente forma incluyendo cualquier información distinta a la usted aprovo en su visita anterior.

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Apt. #

Ciudad Estado Código Postal  
 Debemos poder comunicarnos con usted por cual método por correo: (cheque uno)  Con sobre de Planned Parenthood  
 Con sobre en blanco  Con una estrella/y un sobre en blanco

Teléfono ( ) ( ) ( )  
 Casa Trabajo Teléfono celular  
 ( ) ( )  
 Teléfono de Emergencia nombre de contacto en caso de emergencia

Debemos poder comunicarnos con usted por teléfono (cheque uno)  
 Celular  No dejar mensaje  Decir que el doctor llamo  Decir que Planned Parenthood llamo  
 ¿Tiene e-mail?  Sí  No Dirección de e-mail \_\_\_\_\_  
 Estado civil  soltero  casado  separado legalmente  Otro

Número de Seguro Social: - - Fecha de nacimiento: Género:  Mujer  Hombre  
 ¿Como se entero de PPHP?  Departamento de Servicios Sociales  Amigo  Familia  Facebook or MySpace  
 Internet  Proveedor médico  Mensaje de texto del teléfono celular  Guía telefónica  Anuncios de radio  
 Referido de escuela  Smart Wheels camioneta  La estación de tren o autobús  Anuncio de TV  Otro

Razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/País de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Ingreso \_\_\_\_\_ Semanal Número de personas que dependen de este ingreso \_\_\_\_\_
- Raza:  Blanco  Negro  Indio Americano  Nativo de Alaska  Asiático  Otro
- ¿Es usted Hispano/Latino?  Sí  No
- ¿Cuál es su idioma principal?  arabico  chino  inglés  Creole francés  portugués  español
- ¿Necesita usted un traductor/a para comunicarse con nosotros?  Sí  No Si es así, ¿Qué idioma habla? \_\_\_\_\_
- ¿Trabaja actualmente?  Tiempo Completo  Medio tiempo  Desempleado
- ¿Está en la escuela ahora?  Tiempo completo  Medio tiempo Grado más alto de escuela que ha completado \_\_\_\_\_
- ¿Tipo de control de natalidad que está usando actualmente? \_\_\_\_\_  
 Si ninguno, ¿por qué?  Infertilidad  No tiene relaciones sexuales  No es necesario  
 Otra razón médica  Embarazada  
 Confía en el método utilizado por su pareja  Busca salir embarazada
- ¿Ha estado embarazada?  Sí  No Número de embarazos antes de esta visita \_\_\_\_ Número de partos \_\_\_\_  
 Número de nacidos muertos \_\_\_\_\_ Número de abortos naturales \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_
- ¿Estuvo embarazada durante los últimos dos años?  Sí  No
- ¿Tenía Medicaid al momento de terminar su último embarazo?  No  Si, Fecha estimada de su ultimo embarazo \_\_\_\_\_
- ¿Además de Planned Parenthood, utiliza usted otro centro de cuidado de salud?  Sí  No  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro medico?  Sí  No  
 ¿Qué seguro médico tiene?  Medicaid  FPEP  FBPB  Medicaid Managed Care  Seguro privado  
 Si es Medicaid Managed Care o un seguro privado, por favor provea el nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona que tiene la poliza: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor, tenga cuenta, que con la excepción de co-pagos de seguros y algun otro cargo, que usted es responsable de conformidad con los términos de su plan de seguros y que cualquier pago recibido del paciente, sera aplicado a pagos vencido**

**OFFICE USE ONLY**

Type of visit:  
 Annual exam  Medical problem visit  Emergency Contraception  Pregnancy Test  
 Surgical Abortion  Medication Abortion  Prenatal  Colposcopy  
 Supply Visit Only (for returning patients only)  Other \_\_\_\_\_  
 Proof of Income:  Payroll Stub  Letter of Attestation  Copy of Check  Other \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ Staff signature \_\_\_\_\_

Esta página ha sido dejada en blanco deliberadamente.