

Para personal solamente:
Patient #:
Today's date:
Office:

Información Demográfica Del Cliente

Nombre: _____
 Apellido _____ Nombre _____

Dirección: _____
 Número _____ Calle/apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

CODE 2

¿Fue referido a Planned Parenthood mediante un educador que enseñó alguna clase de salud? Sí (1) No (2)

Teléfono: _____
 Número de su casa **NUMBER 1** _____ Número de su trabajo **NUMBER 2** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** Femenino Masculino

¿Cómo fue referido?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Otro centro de PF (16) | <input type="checkbox"/> Servicios Sociales/ Iglesia (14) | <input type="checkbox"/> Familia/Amigo (1) |
| <input type="checkbox"/> Guía Telefónica (3) | <input type="checkbox"/> Escuela (12) | <input type="checkbox"/> Otro programa de salud pública (10) |
| <input type="checkbox"/> Los Medios de Comunicación (7) | <input type="checkbox"/> Dr. Privado (17) | <input type="checkbox"/> Otro paciente (4) |
| <input type="checkbox"/> Hospital/agenica de salud (15) | <input type="checkbox"/> Oficina local del Depto. de Salud (42) | <input type="checkbox"/> Línea directa (30) |
| <input type="checkbox"/> Internet (7) | <input type="checkbox"/> Programa de Prevención del Cancer (IBC) (24) | |

Forma de Ingresos:

Ingreso familiar por semana: _____ personas en su familia: _____
 Número de niños: _____ Número de embarazos previos: _____ Número de partos: _____

Aseguranza Medica (Marque uno):

- Tarjeta Medica de Illinois (Medicaid) (# de la tarjeta: _____) Aseguranza Medica Privada
 No tengo aseguranza medica No se el estado de mi aseguranza

¿Si usted actualmente es un estudiante, a cuál escuela asiste? _____

Estado de empleo:

- Empleado (1) Desempleado (2) Negocio Propio (4) No estoy en la fuerza de laboral (3)

Etnicidad: Hispano (1) No-Hispano (2)

Raza:

- Blanco (1) Negro (2) EstadounidenseNativo/Nativo de Alaska (4) Asiático (3) Hawaiano Nativo (30)
 Otro _____(6)

¿Que es su primer idioma? Inglés (1) Español (2) Inglés y Español (17) Otro _____ (13)

¿Cual es su condado de residencia? Cook (1) DuPage (2) Lake (3) Kane (13) McHenry (6)
 Will (9) Kendall (4) Otro _____(120)

¿Cuál es el método de contraceptivo que usa?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No aplica (24) | <input type="checkbox"/> Depo-Provera (2) | <input type="checkbox"/> Condón Femenino (10) |
| <input type="checkbox"/> Abstinencia (14) | <input type="checkbox"/> Lunelle (25) | <input type="checkbox"/> Condón/Masculino (6) |
| <input type="checkbox"/> Ningun metodo al momento (22) | <input type="checkbox"/> Esponja (26) | <input type="checkbox"/> Espermicida solo (7) |
| <input type="checkbox"/> Tratando de quedar embarazada (18) | <input type="checkbox"/> Ortho Evra (27) | <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas (1) |
| <input type="checkbox"/> Embarazada (17) | <input type="checkbox"/> NuvaRing (30) | <input type="checkbox"/> Metodo del Ritmo (9) |
| <input type="checkbox"/> Esterilización/Femenina (13) | <input type="checkbox"/> DUI/SIU (Dispositivo Intrauterino) (8) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Esterilización/Masculina (12) | <input type="checkbox"/> Diafragma/Tapón Cervical (3) | |