

Patient Name: _____

Patient # _____ DOB _____

**REGISTRO DEL PACIENTE
PATIENT REGISTRATION**

Apellido: _____ **Edad:** _____

Last Name

Age

Nombre: _____ **Inicial:** _____

First Name

Middle Initial

Domicilio: _____

Address

Ciudad: _____ **Estado:** _____

City

State

Código postal: _____ **Condado:** _____

Zip Code

County

¿Podemos enviarle correo a esta dirección? Sí Si, con dirección de remitente anónima. No, Si usted nos solicita no recibir correo por razones de confidencialidad. Entonces usted debe proveernos una dirección alternativa en la parte de abajo. Esta dirección nos permitirá contactarla.

May we send mail to this address? Yes Yes, with anonymous return address No, If No you are requesting not to receive mail for confidential reasons and must provide us with an alternative address below where we may contact you.

Dirección Alternativa **Planned Parenthood debe poder comunicarse con usted por correo.**

Alternative Address Planned Parenthood must be able to contact you by mail.

Nombre: _____

Name

Domicilio: _____

Address

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

City

State

Zip Code

No olvide informar a esta persona que ha proporcionado su dirección a Planned Parenthood Y su correo será enviado a esa dirección.

Remember to tell this person that you have given their address to Planned Parenthood and mail will be sent there for you.

Por favor provea un número telefónico done podamos comunicarnos con usted. Si necesitamos contactarle vamos a usar este numero:

Please provide us with a phone number where we may contact you. If we need to contact you we will use this number.

Números telefónicos del paciente:

Patient Phone Numbers:

Hogar Home _____ **Identificarnos como** Identify as: Planned Parenthood **Otra** Other: _____

Trabajo Work _____ **Identificarnos como** Identify as: Planned Parenthood **Otra** Other: _____

Celular Cell _____ **Identificarnos como** Identify as: Planned Parenthood **Otra** Other: _____

Contacto en caso de emergencia: **Nombre:** _____

Emergency Contact

Name

Teléfono: _____

Phone

No olvide informar a esta persona que ha proporcionado su nombre a Planned Parenthood.

Remember to tell this person that you have given their name to Planned Parenthood.

Patient Name: _____

Patient # _____ DOB _____

Numero de Seguro Social: _____

Social Security Number

Fecha de nacimiento: _____

Birth Date

Masculino
Male

Femenino
Female

La siguiente información será utilizada únicamente para fines estadísticos:

The following information is used for statistical purposes:

- Estado civil** Marital Status:
 soltero/a Single **casado/a** Married **separado/a** Separated
 divorciado/a Divorced **viudo/a** Widowed **pareja** Domestic Partner
- Mi seguro médico es** My insurance is: (**marque sólo una cobertura primaria**) (mark only one primary coverage)
 Asistencia pública Public Health Insurance **Seguro de salud privado** Private Health Insurance
 Sin seguro No Insurance **Desconocido** Unknown
- ¿Con cuál raza se identifica usted?** What race do you identify yourself as?
Por favor marque una o más opciones *Mark one or more*
 Blanco/a White **Americana nativo/a o nativo/a de Alaska** Native American/Alaskan Native
 Asiático/a Asian **Negro/a o afroamericano/a** Black/African American
 Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico Native Hawaiian/Pacific Islander **Otra** Other
- ¿Es usted de descendencia u origin hispano o latino?** Are you of Hispanic/Latino origin or descent?
 Si Yes **No** No
- Si usted es menor de 18 años. Sus padres o guardianes saben que usted esta se encuentra en nuestro servicio hoy.**
 If you are less than age 18 are your parent(s)/guardian aware of your visit today? **Si** Yes **No** No

INFORMACIÓN FINANCIERA FINANCIAL INFORMATION

Si le gustaria ver si califica por un descuento, por favor llena la siguiente información. Costos estan basados en ingreso y tamaño de familia. Usted es responsable por los cargos de servicio que reciba. If you would like to see if you qualify for a discount, please fill out the following. Fees are based on income and family size. You are responsible for the charges for the services you receive.

- Yo profiero no declarar mi ingreso, y estoy de acuerdo en pagar el precio completo por los servicios que yo reciba.**
 I prefer to not declare my income, and I agree to pay the full price for the services I receive.

FUENTES DE INGRESOS SOURCES OF INCOME:

Sus ingresos:

Incluya la suma de todos los ingresos,
Incluidas las propinas, antes de deducir impuestos:
Ingresos semanales: \$ _____

Your Income:

Include all pre-tax wages, including tips:

Weekly income is:

El ingreso económico de Sus padres o guardianes, si usted es menor de 18 años. Incluyendo ingreso económico previo: pago de impuestos, propinas.

Ingresos semanales: \$ _____

If you are less than age 18 your parent(s)/guardian income:

Include all pre-tax wages, including tips:

Weekly income is:

Ingresos del cónyuge o pareja:

Incluya la suma de todos los ingresos, incluidas las propinas,
Antes de deducir impuestos:

Ingresos semanales: \$ _____

Spouse/ Domestic Partner's Income:

Include all pre-tax wages, including tips:

Weekly income is:

THIS BOX - FOR STAFF USE ONLY:

TOTAL WEEKLY INCOME: \$ _____

For Minors Only:

- Parent/Guardian unaware of visit.
 Parent/Guardian is aware of visit.
 (parent/guardian income must be included)
 Minor does not know parent/guardian income.
 Form sent with patient to obtain
 parent/guardian income on: _____ (date)

Patient Name: _____

Patient # _____ DOB _____

Otros ingresos Other Income:

Si usted recibe alguno de los siguientes ingresos, por favor anote esa cantidad:

If you receive any of the following, please list the amount:

- Ayuda de los padres/mesadas** Parental Support/allowance \$ _____ **por semana** per week
Asistencia pública (MFIP, SSI) Public Assistance (MFIP, SSI) \$ _____ **por semana** per week
Indemnización por desempleo Unemployment Compensation \$ _____ **por semana** per week
Manutención de hijos/Alimenticia Child Support/Alimony \$ _____ **por semana** per week
Fondos para veteranos y militares Veteran's/Military Allotments \$ _____ **por semana** per week
Otros Other _____ \$ _____ **por semana** per week

CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA U HOGAR HOUSEHOLD/FAMILY SIZE

¿Cuántas personas, incluyendo usted, dependen de este ingreso para su sustento? _____

How many people, including yourself, does this income support?

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO INSURANCE INFORMATION

Quiero usar mi seguro. Si usted marca esta casilla, por favor llene la información de su seguro médico y entregue todas sus tarjetas de seguro al (la) recepcionsita. I want to use my insurance. If you checked this box, please fill out insurance information below and present all insurance cards to the receptionist.

No tengo seguro médico. Si usted marca esta casilla, por favor remítase (vaya) a la casilla Patient Agreement (Conformidad del Paciente) que esta abajo. I do not have any insurance. If you checked this box, please move on to the Patient Agreement below.

No quiero usar mi seguro medico por razones de confidencialidad y estoy de acuerdo de ser responsable por cualesquier cobro que se me aplique, basados en la escala de cobros. Si usted marca esta casilla, por favor remítase (vaya) a la casilla Patient Agreement (Conformidad del Paciente) que esta abajo. Entonces no llenar la información de su seguro médico en la parte de abajo. I do not want to use my insurance for confidentiality reasons and agree to be responsible for any applicable charges based on the sliding fee scale. If you checked this box, please move on to the Patient Agreement below. Do not fill out the insurance information below.

Nos commlplacera enviar los cosbros a su compania de seguro. We would be happy to file your insurance claim for you.

No tengo seguro médico secundario I have no Secondary Insurance

Nombre de la Primaria Compañía de seguros Primary Insurance Company Name:	Nombre de la Compañía de seguros secundaria Secondary Insurance Company Name:
Nombre y dirección del dueño de la Póliza de Seguro Name and address of Policy Holder:	Nombre y dirección del dueño de la Póliza de Seguro Name and address of Policy Holder:
Relacion con el paciente Relation to Patient: <input type="checkbox"/> Propio Self <input type="checkbox"/> Padre Father <input type="checkbox"/> Madre Mother <input type="checkbox"/> Esposa Spouse <input type="checkbox"/> Otro Other _____	Relacion con el paciente Relation to Patient: <input type="checkbox"/> Propio Self <input type="checkbox"/> Padre Father <input type="checkbox"/> Madre Mother <input type="checkbox"/> Esposa Spouse <input type="checkbox"/> Otro Other _____
Fecha de nacimiento del dueño de la póliza de seguro Birth Date of Policy Holder:	Fecha de nacimiento del dueño de la póliza de seguro Birth Date of Policy Holder:

ACUERDO DE PACIENTE PATIENT AGREEMENT

Si utilize un seguro médico, al firmar este formulario usted declara que ACEPTA lo siguiente: By signing this form and when using insurance, you are stating you AGREE with the following statements:

- **Comprendo que seré responsable de todos los cargos por servicios, incluso aquellos no cubiertos por mi seguro o subvención.** I understand I am responsible for charges for all services, including those not covered by my insurance or grant.
- **Autorizo la divulgación de información médica y de otra información necesaria para procesar alguna reclamación.** I authorize the release of any medical or other information necessary to process a claim.
- **Autorizo que la información medica en mi historia clínica sea revelada, si es requerida para continuar y recibir servicios médicos en otra institución de salud/o doctor.** I authorize the release of any medical records necessary for continuing care to another health care entity/provider.
- **Autorizo el pago de beneficios medicos a Planned Parenthood.** I authorize payment of medical benefits to Planned Parenthood
- **Comprendo que los servicios que me fueron provistos pueden aparecer en un estado de beneficios enviados al titular de la póliza.** I understand that services provided to me may appear on a statement of benefits sent to the policy holder (i.e. parents/spouse)

Firma del paciente Patient Signature: _____ **Fecha** Date: _____

THIS BOX - FOR STAFF USE ONLY

LEP: Yes No (circle one)

Staff Initials: _____

Date: _____