

# INFORMACION DEL PACIENTE

## INFORMACION PERSONAL

#de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre: (Apellido, Primero y Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: (o por el cual se le conoce) \_\_\_\_\_

Dirección (numero, calle) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

# teléfono preferido: \_\_\_\_\_ # teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Favor de indicar (día, noche, celular) Favor de indicar (día, noche, celular)

Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar donde nació: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza(s) todas las que apliquen: \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE EMPLEO

¿TRABAJA?: JORNADA COMPLETA: \_\_\_\_\_ MEDIO TIEMPO: \_\_\_\_\_ NO TRABAJA \_\_\_\_\_

Si no está trabajando, como se mantiene? \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES: \$ \_\_\_\_\_ # DE PERSONAS QUE SE MANTIENEN: \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE SEGUROS

¿Tiene seguro médico? **S/N** Si tiene, cual es? \_\_\_\_\_

#de identificación \_\_\_\_\_

Es usted el dueño de la póliza (el seguro e un beneficio de su trabajo o bajo su nombre)? **S/N**

Si usted no es el dueño de la póliza, quien es? (favor de escribir el nombre, FDN, y su relación)

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Medicaid en los últimos 2 años? **S/N**

## MANERA DE CONTACTO

*¿Si alguno de sus resultados es anormal, **DEBEMOS** poder ponernos en contacto con usted!*

¿Si le llamamos por teléfono, podemos decir que somos de Planned Parenthood? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

¿Si le enviamos una carta, el sobre puede decir Planned Parenthood? \_\_\_SI \_\_\_NO

**Si está usando su seguro usted no puede ser considerado un contacto confidencial.**

Si usted respondió "No" a las dos preguntas anteriores, por favor indique por cual otra manera le podemos comunicarnos con usted.

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**(Advertencia: Si usamos este contacto, nos identificaremos como Planned Parenthood)**

**(VOLTEAR)**

**INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

Necesitamos una persona de contacto, en caso de emergencia, mientras que está en nuestro centro de salud. (La persona debe ser mayor de 19 años de edad.)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ESCOLAR**

¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO?: (indique con un círculo) 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 OTRO \_\_\_\_\_

¿ES ESTUDIANTE?: JORNADA COMPLETA: \_\_\_ MEDIO TIEMPO: \_\_\_ NO SOY ESTUDIANTE: \_\_\_

**INFORMACION DE REFERENCIA**

¿Como se enteró de nuestros servicios? Amigo/a \_\_\_ Radio \_\_\_ Bus/Subway \_\_\_ TV \_\_\_  
Doctor/Trab.Social \_\_\_ Programa de Planned Parenthood \_\_\_ Internet \_\_\_ Revista \_\_\_  
Periódico \_\_\_ Pariente \_\_\_ Escuela \_\_\_ Páginas Amarillas \_\_\_ Cine/Teatro \_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**FIRMA PARA AUTORIZACION DEL PACIENTE U OTRA PERSONA AUTORIZADA:**

Por la presente doy mi consentimiento voluntario para los servicios y medicamentos necesarios para el cuidado requerido.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamo o para seguir mi cuidado médico en otra oficina o centro de salud. También autorizo el pago directo de beneficios gubernamentales a mi persona o a la parte que firme abajo.

Yo entiendo que Medicaid es la ultima opción de pago (Payer of Last Resort (PLR)) y si hay otro seguro como parte de mi Medicaid – el cual es aceptado por Planned Parenthood, debo usar dicho seguro primero. También doy fe que la información presentada es correcta y completa según mi conocimiento.

Yo entiendo que si quisiera nombrar una persona para tomar decisiones para el cuidado médico, puedo pedir un formulario a cualquier miembro del personal de Planned Parenthood.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE DE LA OFICINA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Patient Picture ID checked

=====