



Planned Parenthood® of Central Ohio, Inc.

Planned Parenthood® of Southeast Ohio, Inc.

Planned Parenthood® of Northwest Ohio, Inc.

Central Ohio Women's Center, Inc.

206 East State Street
Columbus, Ohio 43215
614-224-2235 / 800-230-7526

FORMA DE REGISTRACION – PORFAVOR IMPRIMA

Por favor asegúrese de llenar esta forma correcta y completamente; firme y escriba la fecha al final.

Su privacidad es tan importante para Planned Parenthood (PP) como su cuidado de salud. Su información será usada por PP para mandarle recordatorios de citas, estados de cuenta si tiene alguna deuda o cuando necesitemos comunicarnos con Ud. sobre resultados de pruebas medicas. Si usted no contesta nuestras llamadas o cartas con información acerca de un resultado de pruebas medicas anormal, también trataremos de contactarle por medio del contacto de emergencia indicado en esta página. Seremos lo mas cuidadosos posible para proteger su confidencialidad y haremos *el mayor esfuerzo* para no rebelar detalles de la situación a nadie mas que a usted.

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION DE DOMICILIO	APTO #	CIUDAD	PAIS	ESTADO	CODIGO POSTAL

Si no desea ser contactada(o) en la dirección indicada arriba, favor de proveernos con una dirección donde podamos mandarle estados de cuenta, resultados médicos he información sobre seguro médico. Esta no tiene que ser su dirección.

DIRECCION ALTERNA	APTO #	CIUDAD	PAIS	ESTADO	CODIGO POSTAL
-------------------	--------	--------	------	--------	---------------

Si le preocupa que le mandemos esta información por correo hágaselo saber a alguien del personal quien estará en la mejor disposición de hablar de ello con usted.

PORFAVOR MARQUE ✓ CUAL ES EL MEJOR NUMERO AL QUE PODEMOS LLAMAR

<input type="checkbox"/> SU TELEFONO DE CASA ()	<input type="checkbox"/> SU TELEFONO DE TRABAJO ()	<input type="checkbox"/> SU NUMERO DE CELULAR ()
--	---	---

Quando me llamen, el personal de PP deberá: Identificarse como Planned Parenthood
 Identificarse solo como “el consultorio de mi doctor”

¿A quien debemos de contactar en caso de emergencia? Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

SU # DE SEGURO SOCIAL	SU FECHA DE NACIMIENTO / /	SU SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	SU ESTATUS MARITAL <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o)
SU RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Black (Afro-Americano) <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Otro	SU ETNISIDAD <input type="checkbox"/> Hispania(o) <input type="checkbox"/> No Hispania(o)	METODO ANTICONCEPTIVO QUE ESTA USANDO

MAS ALTO CURSO ESCOLAR TERMINADO (1-16)	TENGO UN: <input type="checkbox"/> Diploma del Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Ninguno	¿ES ESTUDIANTE AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASI: <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO	NUMERO DE NINOS HIJOS DE SUYOS QUE VIVEN
---	--	--	---	--

Necesita a un interprete? No Si ¿Que lenguaje? _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FOR OFFICE USE ONLY Entered by (staff initials): _____ Date _____ eMedsys acct# _____											
STAFF: INITIAL EACH MONTH WHEN INFO HAS BEEN REVIEWED											
JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC