



Notice: Improvements Ahead!

Starting August 15, Planned Parenthood will transfer to a new patient management system. **This will require all clients to complete a new intake form, even for birth control pill pickups.** To make your visit more timely, please go to ppaustin.org before your visit to complete and print the necessary client form and bring it with you to your next visit.

We apologize for the additional paperwork and extra wait time during this transition but look forward to serving you more efficiently once the process is completed.

Thank you for your patience!

-The Staff at Planned Parenthood

Aviso: ¡Mejoras adelantes!

A partir del 15 de agosto, Planned Parenthood transferirá a un nuevo sistema electrónico de registro médico. **Será necesario que todos los clientes llenen un nuevo formulario de inscripción, incluso para las recogidas de píldoras anticonceptivas.** Para facilitar su visita, favor de ir a ppaustin.org antes de su visita para llenar e imprimir el nuevo formulario de inscripción y traerlo a la clínica.

Le pedimos disculpas para la documentación adicional y el tiempo de espera extra durante esta transición, pero esperamos poder servirle más eficientemente una vez que se complete el proceso.

¡Gracias por su paciencia!

-El Personal de Planned Parenthood

**PLANNED PARENTHOOD OF THE TEXAS CAPITAL REGION
CLIENT REGISTRATION**

REQUIRED INFORMATION			
Last Name	First Name	MI	Day Phone
Nickname			Cell Phone
Social Security Number			Name of Emergency Contact
Date of Birth			Phone Number of Emergency Contact
Sex			Family Size
Street Address (line 1)			Income <input type="checkbox"/> Weekly \$ _____ <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually
Street Address (line 2)			
City	State	Zip Code	Any changes to your medical history? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Race	<input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Multi-racial	<input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	Do you have Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ethnicity	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino		How did you hear about us? <input type="checkbox"/> On-line (Google; Facebook; etc.) <input type="checkbox"/> Been to Planned Parenthood Before <input type="checkbox"/> Friend/Family Recommended <input type="checkbox"/> Saw/Heard a Planned Parenthood Ad <input type="checkbox"/> Health Clinic/Doctor Referred Me
Contact Preference	<input type="checkbox"/> OK for staff to say "Planned Parenthood" when writing or calling me <input type="checkbox"/> Send me mail without the clinic's address and leave me phone messages without saying "Planned Parenthood" (anonymous) <input type="checkbox"/> No contact by phone or mail <input type="checkbox"/> Other:		I authorize the following people to pick up my contraceptive supplies: _____ _____
Marital Status	<input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Domestic Partnership <input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Single with Partner <input type="checkbox"/> Widowed	
I agree that the information on this form is accurate. I understand I am responsible for the cost of services and/or supplies obtained at this facility. I am aware that my confidentiality may be broken if PPTCR cannot contact me when a life threatening condition is suspected or detected.			
Signature _____			Date _____

***** FOR OFFICE USE ONLY *****

Assigned Site: NAC SAC ASC X/XX EXP	Patient Number: _____
PAY SOURCE	
<input type="checkbox"/> Self Pay	<input type="checkbox"/> Medicaid
Number _____	Eligibility Date _____

PLANNED PARENTHOOD OF THE TEXAS CAPITAL REGION
INSCRIPCIÓN DE CLIENTE

INFORMACIÓN REQUERIDA			
Apellido	Nombre	Inicial	Número Telefónico del Día
Sobrenombre			Número Telefónico del Celular
Número de Seguro Social			Nombre de Persona de Contacto de Emergencia
Fecha de Nacimiento			Número Telefónico de Persona de Contacto de Emergencia
Sexo			Número de Personas en la Familia
Dirección (línea 1)			Ingreso <input type="checkbox"/> Semanal
Dirección (línea 2)			\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual
Ciudad			_____ <input type="checkbox"/> Anual
Estado	Código Postal	¿Ha tenido algún cambio en su historial médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano	¿Tiene usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> AK Nativo <input type="checkbox"/> Otra		
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	¿Cómo se enteró de PP? <input type="checkbox"/> Internet (Google; Facebook; etc.)	
	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> He estado aquí anteriormente	
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Me recomendó un amigo/a o familiar	
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Escuché u observé una promoción	
Preferencia de contacto	<input type="checkbox"/> Está bien que el personal diga "Planned Parenthood" cuando escribiéndome o llamándome	<input type="checkbox"/> Referido de otro proveedor médico	
	<input type="checkbox"/> Mándeme correo sin la dirección de la clínica y déjeme mensajes de voz sin decir "Planned Parenthood" (anónimo)	Doy mi autorización a las siguientes personas para que recojan mis anticonceptivos:	
	<input type="checkbox"/> No contacto por teléfono ni correo	_____	
	<input type="checkbox"/> Otro:	_____	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero	_____	
	<input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Soltero con Parejo	_____	
	<input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo	_____	
	<input type="checkbox"/> Casado	_____	
<p>Estoy de acuerdo en que la información en esta forma es verdadera. Entiendo que soy responsable por el costo de los servicios y/o productos obtenidos en esta clínica. Estoy consciente que mi confidencialidad podría ser violada si PPTCR no puede localizarme en caso de haberme detectado o sospechan que tengo una condición de vida o muerte.</p>			
Firma _____			Fecha _____

*****SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO*****

Assigned Site: NAC SAC ASC X/XX	Patient Number: _____
EXP	
PAY SOURCE	
<input type="checkbox"/> Self Pay <input type="checkbox"/> Medicaid	_____
Number	Eligibility Date