

PATIENT INFORMATION FORM

Apellido		Primer Nombre		Inicial		Número de Seguro Social	
Dirección		Número y Calle		Apartamento		Ciudad	
Estado		Código Postal					
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Número de Contacto () - <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo				Raza (marque todo que corresponde) <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ otra islas del Pacifico	
Genero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Si usted prefiere con no nos comuniquemos con usted favor de indicar aquí: <input type="checkbox"/> No Contacto por teléfono <input type="checkbox"/> No Contacto por correo				Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Idioma principal:							
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera/soltero con pareja <input type="checkbox"/> Separada/separado <input type="checkbox"/> Viuda/Viudo <input type="checkbox"/> soltera/soltero <input type="checkbox"/> Casada/Casado <input type="checkbox"/> Divorciada/Divorciado		¿Cómo supo usted de nuestros servicios? <input type="checkbox"/> Cupon <input type="checkbox"/> Educadora <input type="checkbox"/> Amigo/Amiga <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sitio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Libro de teléfono <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Radio Recomendado <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Esquela <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____				¿En caso de emergencia, a quién llamaremos? Nombre: Número de teléfono () -	

INFORMACIÓN DE SEGURO/AHCCCS

Compañía de Seguro/Plan de AHCCCS		Número de ID/Póliza		Número de Grupo	
Dirección de la Campaña de Seguro		Número de teléfono de Seguro		Fecha Efectivo	
Asegurado relación de el paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/Esposa <input type="checkbox"/> Padre					
Poseedor de póliza		Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social	
Dirección		Teléfono		Empresario	

Autorizo pagos de beneficios médicos al proveedor para servicios rendido o que serán rendidos en el futuro sin el tener que obtener mi firma en cada demanda dometida y seré ligado por la firma como aun yo fuera firmando personalmente la demanda. También autorizo liberar cualquier información médica necesaria. Entiendo que so responsable por todos los cargos. Si esta cuenta es remitida a una agencia de colección será responsable por cualquier cuota de colección y / o legal. He leído y entiendo la policía y los procedimientos de la oficina.

Bajo Titulo X de la Acta de Servicios de Salud Pública fondos están disponibles para ciertos servicios a un predio de descuento o sin costo basado en el ingreso del hogar y miembros de la familia. ¿Quieres ser considerado para este programa? Si No

Servicios bajo Titulo X disponibles en los siguientes sitios: 7th Street, Yuma, Archer, Globe, Maryvale, Mesa, South Phoenix	Titulo X Servicios disponibles solo para adolescents en los siguientes sitios: Glendale, Prescott, SW Valley, Scottsdale
---	---

Ingreso del hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Por Mes <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Por Año	¿Cuántos Miembros en su Familia? Adultos _____ Niños _____
--	--

JOVENES: Porque nuestros servicios son confidenciales, no se requiere que les diga a sus padres que usted está aquí hoy. Para poder identificar la escala do cuotas más adecuada para usted, por favor díganos si sus padres saben de su visita de hoy. Si No

Todo es confidencial menos mandatos de ley estatal.
JOVENES: Todo es confidencial menos mandatos de ley estatal. **JOVENES SOLICITANDO UN ABORTO:** Si usted tiene 17 años de edad o menos necesitará permiso do uno de sus padres en escrito, o una orden de juez del juzgado superior para poder obtener un aborto sin el permiso de uno de sus padres. Para más información, por favor de preguntar al personal.

El paciente acepta que toda la información declarada en este documento es cierta y correcta y que fue provista a esta oficina con este conocimiento. El paciente entiende que será responsable por todos los servicios recibidos y que tiene obligación por contrato de pagar por los servicios, incluyendo el costo de colección, a menos que califique en no pagar por los servicios como indicados abajo.

Firma de Paciente

Fecha

Para el personal solamente

INSURANCE & TITLE X VERIFICATION

Insurance/AHCCCS eligibility and verification of benefits must be performed for each patient encounter. Title X eligibility must be performed every six months, along with a PIF update.

Verification Date / /	Date of Service / /	Procedure or Service:	Is this a covered benefit under the members plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Insurance effective on DOS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Co-Pay Amount:	Has Deductible been met? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the procedure or service need prior authorization? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Prior authorization #:
If PPAZ is not in the member's network, does the patient have out-of network benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Comments: <hr/> <hr/>			
Name of Insurance Representative spoken with to verify insurance: _____			
Signature of Staff Verifying Insurance Information _____			
TITLE X VERIFICATION / ELIGIBILITY			
Title X Excluded Visit:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>IF "NO" complete the following:</i>	
Title X Program Eligible:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Income Level: _____		Slide % _____	
If Client income is less than 100% of FPL, client was encouraged to follow up with AHCCS / DES			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Staff Signature: _____		Date: _____	

ABORTION QUALIFIER CHECKLIST FOR MINORS

Pursuant to ARS - 36 - 2152 the following item qualifies this patient for an abortion.

- Parental Consent does not apply
- Parental Consent - signed PPAZ Parental Consent form on file
- Court Order - copy of Court Order on file
- Sexual Abuse - signed Sexual Abuse Certification on file (Physician must report and forward sample fetal tissue)
- Physicians Certification - copy of certification from physician that states a medical condition as described in ARS - 36 - 2152 (g2)
- Emancipated - copy of marriage license or military documents on file

Type of ID Shown: _____ **ID #:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____