

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

Expediente _____ Sexo _____

Numero del Seguro Social _____

Su información es confidencial. Tenemos que poder comunicarnos con usted. Si es requerido un seguimiento médico ó sus resultados son anormales, discretamente lo haremos por teléfono ó correo. Si usted paga con seguro privado ó si tiene un balance, podría recibir una factura. Si hay problema en que nos comuniquemos con usted, por favor hágalo saber a un miembro del personal.

Su dirección: Calle: _____

Unidad o Apartamento #: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

de teléfono en el día: () _____ Puede decir Planned Parenthood Diga oficina del doctor

de teléfono en casa: () _____ Puede decir Planned Parenthood Diga oficina del doctor

 ¿A cual número prefiere que le llamemos? Casa Teléfono de día

Escriba por favor el número de teléfono de otra persona con quien podemos localizarla. Podríamos llamar a esta persona en caso que no podamos comunicarnos con usted, ó en caso de una emergencia.

Nombre: _____ # de teléfono () _____

Favor díganos quien podría surtir su receta: _____

Información adicional: Afro-Americano Indio Americano Asiatico

¿Es usted Hispana(o) (Sí/No)? _____ ¿Cual es su raza? _____ Multirracial Islas del Pacific

Blanco Otro Prefiero no contestar

 ¿Tiene seguro médico ó Medicaid? Tarjeta de seguro médico Cupón médico

Plan de Seguro Médico: _____ Número de Identificación _____

Grupo Asegurador: _____

INGRESO

Usted puede ser elegible para recibir un descuento basado en sus ingresos. Por favor complete la siguiente información:

1. SU INGRESO del mes pasado antes de los impuestos (incluya propinas) \$ _____
2. Si es casado, cual es el ingreso de SU ESPOSO(A) antes de los impuestos (incluya propinas) + \$ _____
3. Si usted PAGA por la manutención de niños fuera del hogar, escriba su pago mensual - \$ _____
4. Si usted tiene dependientes niños ó adultos, los gastos por el cuidado en el mes - \$ _____
5. Ingreso adicional que usted reciba (Cuidado de niño, desempleo, subsidio, etc.) + \$ _____

¿A cuántas personas sostiene este ingreso (incluyendo a usted)? _____ INGRESO MENSUAL = \$ _____

POR FAVOR LEA ESTA PLANILLA Y FIRMELA: Entiendo que el pago completo se debe realizar en el momento del servicio. Soy económicamente responsable por cualquier balance de pago, por servicios recibidos, incluyendo aquellos que no cubre mi seguro médico, Medicaid y cualquier saldo pendiente. Entiendo que si presento un cupón de Medicaid (DSHS) el cobro se les enviará a ellos. En caso que DSHS se niegue a pagar porque tengo otro seguro, una factura será enviada a mi compañía de seguros para el pago. Autorizo a Planned Parenthood of Western Washington (PPWW) y a mi compañía de seguros a divulgar la información requerida para este reclamo y para que mis beneficios de cobertura del seguro médico sean pagados directamente a PPWW. Entiendo que cheques devueltos ó balances sin pago pueden ser enviados a una agencia de colecciones.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

 FEE CATEGORY: _____ INS Card Scanned Staff Sig: _____

 PRIVATE PUBLIC UNINSURED UNKNOWN ID Scanned if Medicaid