

**Confidential Client Registration Information**  
**Información Confidencial del Cliente**

Please print clearly and fill out all information that applies. *Por favor escriba claramente y llene toda la información apropiada.*

Last Name _____ <i>Apellido</i>		First Name _____ <i>Nombre</i>		Middle Initial _____ <i>Segundo Nombre</i>	
<b>A mailing address and telephone number are required in the event we need to contact you for billing or lab results.</b> <b>Requerimos un telefono y direccion donde le podamos escribir o llamar para sus resultados o informacion de sus pagos.</b>					
Mailing Address _____ <i>Dirección</i>					
City _____ <i>Ciudad</i>		State _____ <i>Estado</i>		Zip Code _____ <i>Código Postal</i>	
Where do you prefer to be called? <i>Dónde usted prefiere ser llamado?</i>					
First Phone Number _____ <i>Primer Número De Teléfono</i>			Second Phone Number _____ <i>Segundo Número De Teléfono</i>		
Date of Birth _____ <i>Fecha de Nacimiento</i>		Social Security # _____ <i>Número de Seguro Social</i>			
Sex <input type="checkbox"/> Female <i>Sexo Femenino</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i>	Personal Identification Number (PIN) _____ <i>Numero de identificación personal</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marital Status (1) <input type="checkbox"/> Single (2) <input type="checkbox"/> Married (6) <input type="checkbox"/> Legally Separated (5) <input type="checkbox"/> Divorced (4) <input type="checkbox"/> Widowed (7) <input type="checkbox"/> Long Term Partner <i>Es Usted Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo Acompañado</i>					
Emergency Contact _____ <i>En caso de emergencia, llamar a</i>		Work phone _____ <i>Telefono del trabajo</i>		Home phone _____ <i>Telefono de la casa</i>	

Spanish/Hispanic/Latino Origin? <i>Hispano/Origen Latino?</i>	(1) <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	(2) <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican Am., Chicano <i>Sí, Mejicano, Mejicano Amer., Chicano</i>	(3) <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican <i>Sí, Puerto Riqueño</i>
	(4) <input type="checkbox"/> Yes, Cuban <i>Sí, Cubano</i>	(5) <input type="checkbox"/> Yes, Other Spanish/Hispanic/Latino <i>Sí, Otro origen Hispano o Latino</i>	

**Please also check one of the choices below / Por favor tambien marque una de las opciones de abajo:**

Race (01) <input type="checkbox"/> White <i>Raza Blanco</i>	(02) <input type="checkbox"/> Black/African American <i>Moreno</i>	(03) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <i>Indígena de las Americas o Alaska</i>	(04) <input type="checkbox"/> Asian <i>Asiático</i>
(05) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander		(06) <input type="checkbox"/> Multiracial	(90) <input type="checkbox"/> Other Spanish/Hispanic/Latino (98) <input type="checkbox"/> Other

Monthly Household Income _____ <i>Ingreso mensual familiar</i>	Number of persons supported by this income _____ <i>Número de personas que dependen de este ingreso incluyendose Ud.</i>
Do you have: <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No insurance <i>Tiene Usted: Seguro Privado Medicaid No asegurado</i>	

Referral Source (1) <input type="checkbox"/> Friend/Relative <i>Cómo se enteró Amigo/Familiar de nuestra clinica?</i>	(2) <input type="checkbox"/> Another Planned Parenthood <i>Otro Planned Parenthood</i>	(3) <input type="checkbox"/> Doctor/Clinic <i>Doctor/Clinica</i>	(4) <input type="checkbox"/> Yellow Pages <i>Paginas amarillas</i>
(5) <input type="checkbox"/> Internet <i>Internet</i>	(6) <input type="checkbox"/> Advertisement <i>Anuncio</i>	(8) <input type="checkbox"/> PPMW Community Education <i>PPMW Propaganda de Educacion</i>	

**I accept full financial responsibility for medical services provided to me. I understand that payment is due at the time of service unless valid insurance is presented prior to receiving medical services.**  
*Acepto responsabilidad financiera repleta para servicios médicos proporcionados a mí. Entiendo que ese pago es debido en el tiempo del servicio a menos que el seguro válido se presente antes de servicios médicos recipientes.*

Signature \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_  
*Firma Fecha de Hoy*

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
<input type="checkbox"/> Identification Verified <i>Method</i> _____	<input type="checkbox"/> Request for Amendment Accepted <input type="checkbox"/> Request for Amendment Denied
Reason for Denial (Must be one of the reasons listed in Policy and Procedure 19 in PPMW's HIPAA manual)	
Staff Signature _____	Date _____