



¿Donde se entero de nuestro centro? (Escoja uno)

Amistades/familiar     Doctor     Paginas Amarillas     Periódico     Otro  
 PP presentación     Escuela/colegio     Televisión     Revista  
 PP educadora     Internet     Radio     Seguro Medico

Numero de personas en su familia: Ud. \_\_\_\_\_ Esposo/a \_\_\_\_\_ Num. De Niños \_\_\_\_\_

Anote su ingreso mensual de cualquier medio, antes de los descuentos de impuestos. Si es casada/o incluya el ingreso de su esposo/a: \$ \_\_\_\_\_

¿Podemos escribirle a la dirección de arriba si el sobre no indica "Planned Parenthood"? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no, Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

¿En caso de una emergencia, a quien debemos llamar? Nombre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Circule uno: casa, trabajo, celular, "pager" Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Sabe esta persona que Ud. es paciente aquí?  Si  No

¿Tiene aseguranza privada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ \*Si indico que si tiene seguro medico marque una de las siguientes respuestas:

- cubre todo ó algunos servicios de planificación familiar.
- no cubre planificación familiar.
- no esta segura/ o de qué servicios de planificación familiar cubre.

Por medio de este, doy permiso a los empleados de Planned Parenthood de Santa Barbara, Ventura y San Luis Obispo Counties, Inc. y otros autorizado por ellos, usar información contenida en mi expediente medico para uso estadístico, con el entendimiento que será mantenida la confidencialidad.

Yo autorizo el uso de información médica o cualquier información necesaria para procesar este reclamo de seguro medico. También pido que beneficios del gobierno sean asignados a PPSBVSLO.

Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la clínica por servicios médicos recibidos en PPSBVSLO.

Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar por todos los servicios sean cubiertos por seguros medico o no.

Yo comprendo que el sospecho de abuso, negligencia o el descuido de niños, corrupción de menores, violencia domestica y asalto sexual se requiere reportarse en acuerdo con las leyes estatales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE ENTREGAR ESTA FORMA A LA AREA DE RECEPCION. GRACIAS.**