

PPSBVSLO Cuestionario Para el Paciente

Planned Parenthood se compromete a mantener la privacidad de cada paciente y de servirlo con servicios médicos de alta calidad. Hay veces cuando descubrimos un problema médico que requiere notificación inmediata.

Debemos saber cómo comunicarnos con usted!

Nombre _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Por favor, indíquenos el número de teléfono donde se le puede llamar. _____

¿Tiene un segundo número de teléfono donde se le puede llamar? _____

¿Podemos dejar un mensaje que llamo Planned Parenthood? ____ Si ____ No

Si no, podemos dejar un mensaje que llamo su doctor? ____ Si ____ No

Si no, que nombre prefiere usted que digamos al dejar un mensaje? Escriba el nombre _____

Grupo Racial (Marque todo lo que aplique)

____ Blanco ____ Asiático ____ Negro/ Afro Americano ____ Mas de una raza
 ____ Nativo Americano/Alaskense ____ Isleño del Pacifico/ Hawaiano ____ Otro

¿Necesita usted que le hablemos en un idioma aparte del Ingles? ____ Si ____ No

(Si respondió Si circule uno) Español Tagalog Portugués Mixteco
 Otro _____

Grupo étnico (Marque uno) ____ Hispano ____ No Hispano

Estado Cívico ____ Soltera/o ____ Casada/o ____ Separada/o ____ Divorciada/o ____ Pareja Doméstica

En Caso de una Emergencia, a quien debemos llamar? _____ Teléfono _____

¿Donde se entero de nuestro centro?

____ Amistad/familiar ____ Doctor ____ Paginas Amarillas ____ Periódico ____ Otro
 ____ PP Presentación ____ Escuela/Colegio ____ Televisión ____ Revista
 ____ PP Educador ____ Internet ____ Radio ____ Aseguranza Medica

¿Tiene Aseguranza Médica? ____ No ____ Si (Si indico que "si" complete lo siguiente)

Información sobre Aseguranza Médica

Por favor muestrenos su tarjeta de aseguranza.

Compañia de Aseguranza _____

Dirección: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____
Zona Postal _____

Número de Identificación _____ **Grupo** _____

Deducible _____ **Copago** _____ **Relación a la persona asegurada** _____

¿Esta usted sin hogar? _____ Si _____ No

¿Es usted un trabajador migrante? _____ Si _____ No

Número de personas en su familia? (incluyase usted, esposa/o, hijos): _____

Cual es su ingreso mensual? (si esta casado incluya el ingreso de su esposa/o) \$ _____

Consentimiento Para Tratamiento/Autorización Para Cobrar Su Asegurancia Médica

Usted es financieramente responsable por todos los servicios proveados. En un gesto de cortesía, mandaremos un bill a su asegurancia médica. Su asegurancia reembolsara basado en su cobertura, elegibilidad, deducible o copagos. Al firmar este formulario, usted entiende que usted es financieramente responsable por su cuidado médico y comprende, acepta, y se adherirá a nuestra poliza financiera.

Por el presente consentimiento yo autorizo la administración de todos los tratamientos que se pueden considerar conveniente o necesario en la sentencia de Planned Parenthood. Yo autorizo a Planned Parenthood para proporcionar una copia de este reporte a mi asegurancia. Yo autorizo a los empleados de Planned Parenthood para proporcionar información a las empresas de asegurancias o de una tercera organización sobre mi enfermedad y tratamientos y asigno a Planned Parenthood todos los pagos por servicios médicos. Una fotocopia de esta autorización es válida como la original.

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

Yo autorizo que PPSBVSLO proporcione la información necesaria de los servicios de laboratorio. Yo comprendo que puedo recibir una cuenta independiente por cualquier servicio externo.

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

Yo estoy de acuerdo en recibir correo con respecto a mi cuenta en la dirección facilitada en la página anterior.

Firma

Fecha

Por favor de entregar esta forma a la area de recepción. Gracias