

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Apellido Previo /de Soltera: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Dirección:**

Calle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle correspondencia a esta dirección? (Nuestro nombre **no** aparece en el sobre)  Sí  No

PPSFL require tener una dirección donde podemos contactarle. Si no podemos enviarle correspondencia a la dirección de arriba, favor de darnos la dirección para correspondencia aquí.

Calle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

No podemos hacer llamadas confidenciales a teléfonos que tienen caller ID.

Número de teléfono de día:  Casa  Trabajo  Celular  Otro  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Caller ID?  Sí  No

*Si llamamos y Ud. no contesta el teléfono: (Escoga uno)*

- Podemos decir "Estamos llamando de Planned Parenthood".
- Prefiere que digamos "Estamos llamando desde la oficina de su médico".
- Debemos usar el nombre "Abby" u otro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de noche:  Casa  Trabajo  Celular  Otro  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Caller ID?  Sí  No

*Si llamamos y Ud. no contesta el teléfono: (Escoga uno)*

- Podemos decir "Estamos llamando de Planned Parenthood".
- Prefiere que digamos "Estamos llamando desde la oficina de su médico".
- Debemos usar el nombre "Abby" u otro: \_\_\_\_\_

Sí, me puede contactar por correo electrónico

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

En el caso de emergencia, por favor denos el nombre de alguien que **SIEMPRE** sabrá como contactarle. Los menores tienen que dar el nombre de un adulto (si no es del padre o de la madre, puede ser de otro pariente o amigo adulto).

Nombre: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación a Ud.: \_\_\_\_\_

*Entiendo que Planned Parenthood está obligado a contactarme en el caso de resultados anormales. La confidencialidad se mantendrá en lo posible, pero si Planned Parenthood no logra contactarme por medio de la información que he dado, entiendo que **la confidencialidad posiblemente se tenga que romper.***

**X** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma de Paciente

Fecha de hoy

**INFORMACIÓN ESTADÍSTICA REQUERIDA POR EL ESTADO DE NUEVA YORK:**

Sexo:  Femenino  Masculino  Otro

Raza: Marque todo lo pertenente:

- Indio Americano  Nativo de Alaska  Asiático
- Negro/Afr. Americano  Blanco  Otro
- Isleño del Pacífico / Nativo Hawaiano

¿Ud. es hispano / hispana?  Sí  No

¿Se necesita personal / intérprete bilingüe?  Sí  No

¿Cómo se enteró de los servicios de PP?  Amigo  Pariente

Médico  Guía telefónica  Internet  Educadora de PP  Otro

¿Ud. es estudiante?  No  Sí: \_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_ Tiempo parcial

¿Cuál nivel de estudio ha **completado**? (Marque uno)

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

¿Si Ud. es alumno/a universitario/a o de posgrado, en cuál universidad estudia?

\_\_\_\_\_

¿Está trabajando?  No  Sí: \_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_ Tiempo Parcial

Empleado/a por: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Separado  Convivencia con pareja  
 Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Marque aquí si utiliza otra clínica o proveedor para su atención médica principal

SOLO PARA MUJERES: # de hijos vivos: \_\_\_\_\_ # de partos: \_\_\_\_\_

# de embarazos: \_\_\_\_\_ Fecha que terminó su último embarazo: \_\_\_\_\_

**Para pacientes de planificación familiar:**

Doy permiso a las siguientes personas que recogan mis anticonceptivos:

Nombre completo	Relación con Ud.
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma de paciente

Fecha de hoy