

Datos Sociales

Pt # _____

Recuerde porfavor que todos nuestros servicios son confidenciales.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Núm de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Si se reciben resultados anormales, estamos obligados a contactarnos con usted. Si estamos mandando la cuenta a la aseguradora debe marcar "Si" para correo.

- Si puedo recibir correo de Planned Parenthood.
- No, porfavor envíeme un sobre sin macar.

Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____ Tel. Celular _____

Llame a mi número de la casa con un mensaje que tengo que llamar a Planned Parenthood Si No

Llame a mi número del trabajo con un mensaje que tengo que llamar a Planned Parenthood Si No

Llame a mi telefono celular con un mensaje que tengo que llamar a Planned Parenthood Si No

Raza (seleccione una o mas):
 Blanco Africo-Americano Asiatico
 Nativo de Hawaii/Isla del Pacífico
 Indio Americano/De Alaska

Grupo Etnico:
 Hispano/Latino
 No-Hispano/No-Latino

Estado Civil:
 Soltera(o) Casada(o) Viuda(o)
 Divorciada(o) Separada(o)
 Vive con su pareja

Usted se identifica con:
 Masculino Femenino

Porfavor mencione a algun pariente que tenga 18 años o más a quien podamos contactar en caso de emergencia.

Nombre _____ Tel _____ Parentesco _____

Sabe su familiar que usted es paciente de Planned Parenthood? Si No

Permiso en caso que usted no pueda recoger sus artículos

Si usted no puede venir personalmente a la clínica a recoger sus artículos, está permitido que otra persona venga a recogerlas por usted.

- Si usted está teniendo problemas con su método o está retrasada para comenzar su método, usted misma debe reportarlo a la clínica.
- La persona alternativa puede recoger solamente un mes de artículos.
- Entiendo estas condiciones y designo a otra persona aparte de mi a recoger mis artículos.

Esa persona es _____

Firma _____ Fecha _____

-----Para uso de la Oficina solamente, no escriba debajo de esta línea.-----

Fecha _____ Método _____

Paciente _____ Staff _____

Tipo de pago _____

¿Necesita asistencia de idioma? Si No

Información sobre Seguro Primario

Seguro _____ Número de Poliza _____
Nombre del asegurado _____ Número de Seguro Social _____
Dirección del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar donde trabaja el asegurado _____

Información sobre Seguro Secundario

Seguro _____ Número de Poliza _____
Nombre del asegurado _____ Número de Seguro Social _____
Dirección del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar donde trabaja el asegurado _____

Autorización para el uso de Seguro

Autorizo la liberación de información médica o cualquier otra información necesaria para procesar cargos a la aseguradora en mi nombre. Autorizo el pago por beneficios medicos a PPSI por servicios a mi provistos. Entiendo que soy el responsable financiero de todos los cargos, co-pagos y otros deducibles que mi seguro médico no cubre. Entiendo que se me enviará la cuenta de PPSI y estoy de acuerdo en pagar cualquier balance o arreglar un plan de pago.

Firma _____ Fecha _____

Questionario de Seguro Médico/ Encuesta

Porfavor conteste las siguientes preguntas de la major manera possible. Debido a asuntos de confidencialidad entendemos que tal vez usted haya elegido no utilizar la cobertura de seguro medico que podría estar disponible para usted. Las respuestas a las preguntas que aparecen a continuación no afectarán en como se manda la cuenta a la seguridad si es que se manda. Esto es para propósitos informativos solamente.

Marque todos los que aplican:

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicaid (<i>Ejemplo: Titulo IXI, Iowa Health Solutions-Medicaid</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Médico Militar (<i>Ejemplo: TRICARE, CHAMPVA</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro tipo de seguro medico (<i>Ejemplos: Care for yourself, Medicare, Iowa Health Solutions HAWK-I</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Médico Privado (<i>Ejemplos: Blue Cross/Blue Shield, United Healthcare, Prudential, etc</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No tiene seguro Médico (titulo XX, o ningun tipo de cobertura médica) |