

Demographic Form

Name

_____ - _____ - _____ / ____ / ____
 Last First Social Security Number Date of Birth

Address

 Street City State Zip

Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Race <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Haitian-Creole <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> White	Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Haitian-Creole <input type="checkbox"/> Spanish Other <input type="checkbox"/> Other: _____	Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	Contact Preference <input type="checkbox"/> Cell Phone <input type="checkbox"/> Don't Call Home <input type="checkbox"/> Don't Call Work <input type="checkbox"/> Don't Leave Message <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Leave Message on Cell <input type="checkbox"/> Leave Message on Home <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Work Phone	Day Phone () _____ - _____ Cell Phone () _____ - _____ Other Phone () _____ - _____
--	---	---	--	---	--

Email Address *(optional)*

 By entering your email address, you agree to receive promotional and advocacy messages. Your address will remain confidential and never shared.

Insurance Status

Private Public Uninsured
 Your answer will not affect the cost of services. This information will be used to help us better understand our customers' needs.

Family Income

Fee for services is based on your household size and income.
 Family Size: _____ Income: \$ _____ weekly / monthly / annually (please circle one)

Student Status Full Time Part Time

Emergency Contact Information

Who should be contacted in the event of a medical emergency? If you are under 18, this must be the name of your parent or legal guardian. Confidentiality may be broken if we cannot contact you when a life threatening condition is suspected or detected.

Name _____ Relationship _____ Phone Number _____

The following person(s) are authorized to pick up supplies and/or birth control on my behalf *(optional)*

Name(s) _____

How did you learn about us?

<input type="checkbox"/> Employee Referral	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Friend/Neighbor Referral	<input type="checkbox"/> Health Fair
<input type="checkbox"/> Newspaper Ad	<input type="checkbox"/> Other Professional Referral	<input type="checkbox"/> Patient Referral	<input type="checkbox"/> Physician Referral
<input type="checkbox"/> Radio Ad	<input type="checkbox"/> Web Search	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	

- All Information Provided Remains Confidential -

Formulario de Información Demográfica

Nombre

_____ - _____ - _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Número de Seguridad Social Fecha de Nacimiento

Domicilio

_____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Sexo	Raza	Idioma	Como contactarnos con Ud.	Teléfono durante el día
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Afroamericana	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Teléfono Celular	() - _____
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Haitiano-Creole	<input type="checkbox"/> No llamar a mi hogar	
	<input type="checkbox"/> Haitiana-Creole	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> No llamar a mi trabajo	Teléfono celular
	<input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No dejar mensajes	() - _____
	<input type="checkbox"/> Nativo Americana		<input type="checkbox"/> Teléfono en mi hogar	
	<input type="checkbox"/> Otra	Etnicidad	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en mi celular	Otro teléfono
	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en mi hogar	() - _____
	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> No-Hispana	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> Teléfono en mi trabajo	

Correo electrónico (opcional)

Al otorgarnos su dirección de correo electrónico, Usted estará de acuerdo a que le enviemos mensajes relacionados de abogacía. Su dirección permanecerá confidencial y nunca será divulgada.

Seguro médico

Privado Público Sin seguro médico
Su respuesta no afectará al costo de sus servicios. Esta información nos ayudara a comprender mejor las necesidades de nuestros clientes.

Ingreso Familiar

Tarifa por servicios se basa en el tamaño del hogar e ingresos.

Número de personas: _____ Ingreso: \$ _____ semanal / mensual / anual (indique uno)

Es estudiante Full Time Part Time

Información sobre Contacto de Emergencia

Con quien debemos comunicarnos en caso de emergencia? Si Usted es menor de 18 años, esta persona debe ser su madre o padre o custodio legal. Se podría quebrar la confidencialidad de su información si es que no podemos contactarnos con Usted cuando se sospecha o se reconoce una situación que ponga en riesgo su vida

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Las siguientes personas están autorizadas a recoger suministros y/o control de la natalidad en mi nombre (opcional)

Nombre(s) _____

Como se enteró de nosotros?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Un empleado nuestro | <input type="checkbox"/> Volante | <input type="checkbox"/> Amigo/Vecino | <input type="checkbox"/> Feria de Salud |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en periódico | <input type="checkbox"/> Referido Profesional | <input type="checkbox"/> Referido por un paciente | <input type="checkbox"/> Referido por un médico |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en la radio | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas | |

- Toda información provista queda bajo confidencialidad -