

Last/ First Name: _____ _____ Chart#: _____ D.O.B.: _____
--

CONTACTO

Fecha _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Condado: _____ Le podemos mandar correspondencia a esta direccion? Si _____ No _____ Un sobre en blanco solamente ? _____

Telefono: (1)(_____) _____ (2) (_____) _____

Esta bien si le dejamos un mensaje en este numero? Si _____ No _____ " Oficina del su medico" solamente _____

Podemos enviar un mensaje de texto? Si _____ No _____

NSS: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

En caso de emergencia notificamos a : _____ Telefono (_____) _____

Por favor marque una:

SEXO _____ Mujer _____ Hombre

RASA: Indio Americano / Nativo de Alaska
 Asiatico / Isla Pacifica
 Africo Americano
 Eskimo o Aleut
 Multiracial
 Otro
 No Sabes
 Blanco

<u>COMO SUPO DE NOSOTROS?</u>		
____ Carterela	____ Feria de Salud	____ PP Maestra/Educador del sexo
____ Cupon	____ Radio	____ TV
____ Oficiara Medica	____ Revista	____ Paginas Amarillas
____ Facebook	____ Myspace	____ Paginas Amarillas en linea
____ Familia	____ Periodico	____ Otro
____ Dia Gratis de CE	____ Otros fondos	
____ Amigo/amiga	____ Sitio Web de PP	

ETNICIDAD:

Hispano/Latino _____ No- Hispano _____

Para uso de empleados de Planned Parenthood:

Patient instructed about contact requirements and verbalizes understanding: YES _____ NO _____

REVIEWED BY _____ DATE _____

REVIEWED BY _____ DATE _____

REVIEWED BY _____ DATE _____

Cual tipo de anticonceptivo usa ahora

____ Abstinencia
 ____ Cap / Diafragma
 ____ Condones
 ____ Depo (inyectables)
 ____ Implanon
 ____ DIU
 ____ Norplant

____ El Anillo
 ____ Otro (Retraccion)
 ____ El Parcho
 ____ Pastillas (Oral)
 ____ Esponja
 ____ Eterilizacion (Tubal or Vasectomia)
 ____ Ningun Metodo