

Patient Information **Transgender Health Care-** While Planned Parenthood recognizes there is a spectrum of genders, many agencies that fund our services do not. Due to this, please be aware that the legal name and gender you have listed on any applications for funding and your medical history must be used on documents pertaining to insurance and billing. If your preferred name or pronoun are different from these, note below. If you have any questions or concerns about this please let us know.

Last Name: _____ Social Security #: _____
 First Name: _____
 Preferred Name: _____ Home Phone: _____
 Date of Birth: _____ Day/Cell Phone: _____
 Sex (F/M): _____ Preferred Pronoun: _____ Email Address: _____

If we have to contact you by phone, should we say it's:
 _____ Planned Parenthood _____ Doctor's Office _____ Code Name

Address: _____
 Apt #: _____ City: _____
 State: _____ Zip: _____

Emergency Contact: _____
 Relationship: _____
 Phone: (_____) _____

Insurance Information

Are you covered under any of the following:

_____ Cancer Detection Program	_____ Kaiser	What is your family size? (INCLUDE ONLY yourself, spouse, and/or children under 18)
_____ CCHP	_____ Medi-Cal	
_____ FPACT	_____ Partnership Health Plan	What is your monthly income before taxes? (include spouse's income if married)
_____ Private Insurance	_____ None	
_____ Other	_____	

Statistical Information The questions below are for statistical information only and your responses will remain completely confidential. We are required to ask these questions by one of the agencies that provides us funding.

<p>What is your race?</p> <p>_____ African American _____ Asian _____ Native American _____ Pacific Islander _____ White _____ Multi-racial _____ Other/ Decline to State</p>	<p>What language do you prefer to speak?</p> <p>_____ English _____ Spanish _____ Other _____</p> <p>Are you homeless or without a permanent residence (such as living with friends or an adult living with parents)?</p> <p>_____ Yes _____ No</p>	<p>Do you use drugs or alcohol in a way that hurts your health and causes problems in your life?</p> <p>_____ Yes _____ No</p> <p>Are you a migrant worker? (Do you travel from one area to another in search of work?)</p> <p>_____ Yes _____ No</p> <p>How did you hear about us?</p> <p>_____ A Planned Parenthood Health Educator or Peer Educator _____ Online search (such as Google) _____ Friend</p> <p>Do you need our staff to speak to you in a language other than English?</p> <p>_____ Yes _____ No</p>
<p>Do you consider yourself to be Hispanic/Latina(o)?</p> <p>_____ Yes _____ No</p>	<p>Do you have any physical or mental disabilities?</p> <p>_____ Yes _____ No</p>	

The information I have provided is true. I agree to pay the full price for services not covered by my health insurance or reimbursed by a third party. I understand that I am ultimately responsible to pay for services rendered.

Client Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente **Cuidado de Salud Transgenero-** Mientras que Planned Parenthood reconoce que existen un espectro de generos, muchas de las agencias que dan los fondos para nuestros servicios no lo hacen. Debido a esto, por favor este consciente de que el nombre legal y el genero que usted usara en las aplicaciones para los fondos y su historial médico deberá ser usado en los documentos pertenecientes al seguro medico y facturas. Si prefiere un nombre o pronombre diferente a estos, escríbalo abajo. Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de esto por favor díganos.

Apellido: _____ # Seguro Social: _____

Nombre: _____

Nombre de Preferencia: _____ Teléfono de casa: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono celular: () _____

Sexo (F/M): _____ Pronombre de Preferencia: _____ Correo Electronico: _____

Dirección: _____

de Apt: _____ Ciudad: _____ Oficina del _____ Planned Parenthood _____ Doctor _____ Clave _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación con usted: _____

Teléfono: () _____

Si necesitamos contactarle por teléfono, Debemos decir que somos:

Información sobre su seguro médico

¿Está cubierto bajo alguno de los siguientes programas?:

_____ Programa Detección Cáncer _____ Kaiser

_____ CCHP _____ Medi-Cal

_____ FPACT _____ Partnership Health Plan

_____ Seguro médico privado _____ Ninguno

_____ Otro _____

¿Cuántos son en la familia? (INCLUYA SOLAMENTE: usted, esposa/o, y/o hijos menores de 18) _____

¿Cuánto gana al mes antes de los impuestos (taxes)? (Incluya el sueldo de su esposa / o si es _____

Información Estadística Las preguntas de abajo son para uso estadístico solamente y sus respuestas se mantendrán completamente confidenciales. Estamos obligados a hacer estas preguntas para la agencia que nos provee los fondos

¿Cuál es su perfil racial?

_____ Africano Americano

_____ Asiático

_____ Nativo Americano

_____ Isleño Pacífico

_____ Blanco

_____ Multi-racial

_____ Otro / Me rehusó a contestar

¿Esta viviendo en la calle o sin residencia permanente (Como vivir con amigos o es un adulto viviendo con sus padres)?

_____ Si _____ No

¿Tiene alguna discapacidad física o mental?

_____ Si _____ No

¿Usa drogas o alcohol de manera que causan daño a su salud o su uso le trae problemas en su vida?

_____ Si _____ No

¿Es un trabajador emigrante? (¿Viaja de un lugar a otro en busca de trabajo?)

_____ Si _____ No

¿Como supo acerca de nosotros?

_____ Un educador/compañero de salud de Planned Parenthood

_____ Por medio de la computadora

_____ Amigo/a

¿Necesita que nuestro personal le hable en una lengua diferente al Inglés?

_____ Si _____ No

¿Se considera Hispano/Latina(o)?

_____ Si

_____ No

¿Que lengua prefiriere hablar?

_____ Inglés

_____ Español

_____ Otro _____

La información que he proveído es verdadera. Estoy de acuerdo en pagar el costo completo de los servicios que no sean cubiertos bajo mi seguro medico o que sean reembolsos de terceras personas. Entiendo que en última instancia yo soy el responsable de los pagos por los servicios recibidos.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Para uso del personal solamente

No Change: _____

_____ Date/Initial _____ Date/Initial _____ Date/Initial _____ Date/Initial _____ Date/Initial