

Planned Parenthood: Shasta-Diablo

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Sexo (F/M): _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: () _____

Ciudad: _____ Teléfono celular: () _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electronico: _____

Si necesitamos contactarle por teléfono, Debemos decir que somos:

Contacto de emergencia: _____ Planned Parenthood _____ Oficina del Doctor _____ Clave _____

Relación con usted: _____ Para recordatorio, de sus citas, Preferiría (escoja uno)

Teléfono: () _____ _____ Telefono _____ Mensaje Por Texto _____ Correo Electronico _____

Información sobre su seguro medico

¿Está cubierto bajo alguno de los siguientes programas?:

_____ Programa Detección Cáncer _____ Kaiser

_____ CCHP _____ MediCal

_____ FFACT _____ Partnership Health Plan

_____ Seguro medico privado _____ Ninguno

_____ Otro _____

¿Cuanto 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 casado /a) _____

Infomación 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 económicos.

¿Cuál es su perfil racial?

_____ Africano Americano _____ Inglés

_____ Asiático _____ Español

_____ Nativo Americano _____ Otro _____

_____ Isleño Pacifico

_____ Blanco

_____ Multi-racial

_____ Otro / Me rehusó a contestar

¿ Que lengua prefiriere hablar?

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

_____ Si

_____ No

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

_____ Si

_____ No

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

_____ Si

_____ No

¿Se considera Hispano/Latina(o)?

_____ Si

_____ No

¿ Tiene alguna discapacidad física o mental?

_____ Si

_____ No

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

_____ Si

_____ No

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 reembolso 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/Init. _____ Date/Init. _____ Date/Init. _____ Date/Init. _____ Date/Init. _____ Date/Init.