

**Planned Parenthood of Southern New Jersey
FORMA DE REGISTRO MACHA**

Fecha:			Número de carta:		
INFORMACIÓN DE PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMA)					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En Pareja con Alguien					
De Origen Hispana: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Indio/Indígena <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Conocido		Idioma Preferido:	
				Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:			Ciudad/Estado:		Zona Postal:
Apartamento:		Número de teléfono de casa: ()		Número de teléfono celular: ()	
Condado:		¿Podemos identificarnos como la Planned Parenthood si llamamos/escribimos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Número de Seguro Social:
¿Como fue mandado Usted a nuestra clínica? (marquee solamente una caja): <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Muy próximo a su casa/trabajo <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Otro					
INFORMACIÓN DE INGRESOS/SEGURO					
(Favor de mostrar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)					
¿Qué es sus ingresos de la casa? \$			¿Es estos ingresos? <input type="checkbox"/> Semanario <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada año		
¿El número de la gente que depende de estos ingresos?			¿Número de hijos?		
¿Cómo pagará usted para la visita de hoy? <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Por si mismo			¿Usted es actualmente un estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿De ser así, qué tipo? <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Post-universitaria <input type="checkbox"/> Otra
¿El grado más alto usted ha completado?					
SOLO PARA PACIENTES MACHOS QUE VUELVEN A NUESTRA CLÍNICA:					
¿Ha embarazado usted a una mujer desde su última visita a nuestra clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Esto era un embarazo planeado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuantos embarazos desde su última visita a nuestra clínica?	
¿Ha tenido una infección transmitida sexualmente desde su última visita a nuestra clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
EN CASO DE EMERGENCIA (REQUERIDA)					
Nombre/Dirección de un(a) amigo/a o familia:			Como esta relacionado?		Número de teléfono de casa: ()
FIRMA (REQUERIDA)					
La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.					
Firma de Paciente/Guarda:			Fecha:		
Firma de Empleado de PPSNJ:			Fecha:		
La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.					
Firma de Paciente/Guarda:			Fecha:		
Firma de Empleado de PPSNJ:			Fecha:		
La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.					
Firma de Paciente/Guarda:			Fecha:		
Firma de Empleado de PPSNJ:			Fecha:		