



INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE		
DIRECCIÓN DEL CORREO:		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO				
DIRECCIÓN DONDE VIVE USTED:				
# de teléfono en casa ()	# de teléfono alternativo () rodea con un círculo: (trabajo, un amigo, célula)	Ingreso familiar (antes impuestos) \$ _____ cada Mes		Tamaño Familiar <small>(Ud., esposo, hijos dependientes)</small>
# de seguridad social si tiene	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viviendo con pareja <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Contacto de Emergencia: Nombre Relación Número de teléfono Puede decir Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Lugar de Trabajo o Escuela:				
Confidencialidad: En el caso de resultados anormales o un cargo, vamos a llamarle. <u>Tiene que darnos un número de teléfono que podemos llamar para contactarle.</u> Marque todas de sus opciones abajo:				
Si necesitamos llamarle en casa , podemos decir Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* *Si responde No, como debemos identificarnos? (ej. " Oficina del doctor" etc) _____				
Si necesitamos dejar un mensaje en su maquina de responder , podemos decir Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* *Si responde No, como debemos identificarnos? (ej. " Oficina del doctor" etc) _____ <input type="checkbox"/> <i>no tengo</i>				
Si necesitamos llamar su número alternativo , podemos decir Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* *Si responde No, como debemos identificarnos? (ej. " Oficina del doctor" etc) _____				
Si necesitamos mandarle algo por correo , puede decir "Planned Parenthood" en el sobre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* * NO, vamos usar un sobre que tiene solo nuestra dirección "2316 Harrison Avenue, Eureka"				
Instrucciones Especiales: _____				
A cuál de los siguientes grupos etnicos cree Ud. pertenecer?: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hawaiian/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Otro <input type="checkbox"/> Hispano/Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Indio <input type="checkbox"/> Hispano/Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Étnica mezclada				
Método de pagar para nuestros servicios: <input type="checkbox"/> Tarjeta de HAP (tarjeta verde/azul) <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> CMSP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Seguro HMO <input type="checkbox"/> Pagado Privado <input type="checkbox"/> Otro				
Nuestros proveedores de fondos desean saber: ¿Cuando Ud. Es enfermo con una garganta dolorida o un tobilla torcido, cómo paga para su cuidado médico? <input type="checkbox"/> (A) Medi-Cal/CMSP/Healthy Families <input type="checkbox"/> (B) Seguro privado <input type="checkbox"/> (C) Ninguno/ sin seguro				
ACUERDO DE TRATAMIENTO Y PAGAR				
Esta información es correcta a mi saber y entender. Solicito los servicios médicos de Six Rivers Planned Parenthood. <u>Me hago responsable por los pagos de acuerdo con las reglas establecidas por Six Rivers Planned Parenthood.</u> Doy mi autorización para que mi seguro (aseguran) haga responsable por cualquier servicio médico que sea ortogado por Six Rivers Planned Parenthood.				
Firma _____			Fecha _____	