Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Toll Free 1-866-942-7762

Chapel Hill Health Center	Durham Health Center	Fayetteville Health Center
1765 Dobbins Drive	105 Newsom Street, Suite 101	4551 Yadkin Road
Chapel Hill, NC 27514	Durham, NC 27704	Fayetteville, NC 28303

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Last name:_____First name:_____

Name you would like to be called: _____

SS#_____ Date of Birth:_____ Age: _____

Legal Gender: ___Female ___Male

Gender Identity:

□ Female □ Male □ Transgender Preferred pronoun: □ He □ She □ Self-identify: _____

Occupation: _____

Please provide an address where you can receive mail:

Street Address:_____

City:_____ State:_____ Zip:_____

Preferred Phone Number: _____

If we need to contact you, how should we identify ourselves? (mark one)
□ Planned Parenthood □ Doctor's Office Other: _____

Can we leave a detailed message on your voicemail? □ Yes □ No

Race - Check all that apply:

□ White □ Black or African American □ American Indian or Alaska Native

□ Asian □ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Are you of Hispanic/Latino/a origin? □ Yes □ No

Please tell us how you learned about our services:

__I am a Previous Patient
__I saw the sign outside
__Internet (which site?)
__Yellow Pages/Phone Book
__Newspaper/Magazine Ad (which one?)
__Another healthcare provider (who?)
__A Friend
__Other: _____

Emergency Contact Person (required)*:

Name:_____Relation to you:_____

Preferred Phone:_____

**Confidentiality may be broken if you cannot be contacted when a life-threatening condition is suspected or detected or when medically necessary.*

By signing I certify that the above information is accurate and I agree to the terms stipulated in this form:_____ Date_____

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Toll Free 1-866-942-7762

Chapel Hill Health Center	Durham Health Center	Fayetteville Health Center
1765 Dobbins Drive	105 Newsom Street, Suite 101	4551 Yadkin Road
Chapel Hill, NC 27514	Durham, NC 27704	Fayetteville, NC 28303

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre:_____Apellido:_____

¿Qué nombre prefiere usar?: _____

Nº de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento:_____Edad: _____

Género legal: ___Femenino ___Masculino

Identidad sexual/de género:

□ Femenina □ Masculina □ Transexual Pronombre preferido: □ Él □ Ella □ Prefiere idenficarse como:

_____

Ocupación: _____

Proporcione una dirección donde puede recibir correo:

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Numero de teléfono preferido: _____

Si necesitamos contactarle, ¿cómo prefiere que nos identifiquemos? (marque uno)
__ Planned Parenthood __ Oficina médica Otro: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su contestadora? Sí No

Raza – Encierre en un círculo todo lo que corresponda:

Blanco/a Negro/a Indígena americano Asiático/a Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico

¿Es de origen hispano/latino? Sí No

Por favor díganos cómo se enteró de nuestros servicios.

__Ya he sido un paciente aquí
__ Vi el cartel afuera
__Internet (¿cuál sitio web?)
__ Páginas amarillas/Guía telefónica
__Anuncio de periódico/revista (¿cuál?)
__Otro proveedor del cuidado de la salud (¿quién?)
__Un/a amigo/a
__Otro: _____

Contacto de emergencia (requisito)*:

Nombre:_____Relación con usted:_____

Número de teléfono preferido:_____

**La confidencialidad podría ser violada si no podemos contactarle en caso de sospechar la existencia de una condición que pone en riesgo su vida o cuando sea médicamente necesario.*

Al firmar certifico que la información anterior es correcta y estoy de acuerdo con los términos estipulados en este formulario:_____ Fecha_____