Planned Parenthood® Care. No matter what.

Planned Parenthood Hudson Peconic

Fecha de hoy

por favor, escriba con letra clara

** = información requerida*

¿Has viajado en los últimos 21 días a África occidental? ◯SÍ ◯ NO

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? ◯fiebre ◯dolor muscular ◯dolor de cabeza ◯vómitos ◯diarrea ◯dolor abdominal ◯sangrado inexplicable

Motivo de su visita de este día :

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

*Apellido | * Primer nombre | INICIAL SEGUNDO NOMBRE

**Proporcione el apellido de soltera aquí (si aplica)

*Dirección

*Ciudad | *Estado | *Código postal

*Teléfono | Casa ( ) | Celular ( )

Trabajo ( ) | Dirección de correo electrónico: _____

****el correo electrónico se requiere para el portal paciente, la divulgacion directa de los resultados de la pruebas de laboratorio y la encuestas de satisfacción de los pacientes, el correo electrónico no será compartido con ninguna tercera persona fuera de la organización****

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de su cita? __Correo de voz _____Mensaje de texto

Nota: *Si alguno de los resultados de sus pruebas resulta anormal,¡* ***DEBEMOS*** *poder localizarlo!*

Si la llamamos, ¿podemos decir: Planned Parenthood? _____ SÍ _____ NO

Si le enviamos correspondencia, ¿puede ser en sobre de Planned Parenthood? _____ SÍ _____ NO

Por favor, advierta que si tiene cobertura de seguro, puede recibir una "explicación de beneficios" de su seguro.

CONTACTO DE EMERGENCIA*

NOMBRE* | PARENTESCO

Mejor número de teléfono para contactarlo:*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Fecha de nacimiento: / /

*Sexo: ◯Femenino ◯ Masculino

Número del seguro social: - -

◯ Transexual prefiere Él / Ella (marque uno)

*Estado civil: ◯ Soltero ◯Casado ◯Viudo ◯Divorciado ◯Pareja doméstica ◯Legalmente separado

¿Está actualmente empleado? ◯ Sí, a tiempo completo ◯ Sí, a tiempo parcial ◯ No

Nombre del empleador: _____ ¿es usted un ciudadano de Estados Unidos ◯Sí ◯No

*Ingreso total: $_____ (marque uno) **Anual, Mensual, Quincenal, Semanal** ____ # de personas que el salario sostiene

(El ingreso incluye: salario, pensión alimenticia, desempleo, pensión, discapacidad y cualquier otro ingreso)

¿Es estudiante? ___Sí, a tiempo completo ___Sí, a tiempo parcial ___No ___¿Está viviendo en su casa/ayudado por sus padres?

Grado más alto completado: (Marque uno): 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 Otro: _____

*Apellido	* Primer nombre	INICIAL SEGUNDO NOMBRE
*Fecha de nacimiento: / /		

¿Ha estado alguna vez embarazada? ____Sí ____No **Fecha finalización último embarazo:** ____/____/____

¿Tenía Medicaid cuando finalizó su último embarazo? ____Sí ____No

¿Está utilizando actualmente alguno de los siguientes métodos anticonceptivos? ◯ Anticonceptivos orales ◯ Oral de ciclo extendido

◯ Inyección hormonal trimestral ◯ Espermicida ◯ Implante ◯ DIU ◯ Parche anticonceptivo ◯ Anillo vaginal ◯ Diafragma

◯ Condón ◯ Condón femenino ◯ NFP/FAM/LAM ◯ Esponja ◯ Abstinencia ◯ Capuchón cervical ◯ Marcha atrás/Otro ◯ Ninguno

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA DEL PACIENTE

Nombre de la farmacia:

Dirección de la farmacia	Ciudad	Estado	Cód. Post.

Teléfono	Fax	Correo electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

¿Tiene seguro? ____Sí ____No **Si tiene, ¿cuál?** **O Medicare o Medicaid** **O FPEP** **O FPBP**
O Servicios Administrados de Medicaid **O Seguro privado**

Si tiene Servicios Administrados de Medicaid o Seguro privado, nombre del plan del seguro:_____

Nombre del titular de la póliza_____ Suscriptor # _____

Parentesco con el titular de la póliza: ____Él mismo ____Cónyuge ____Hijo ____ Otro: (especifique) _____

Le rogamos tomar nota de que, con la excepción de copagos y cualquier otro cargo del que sea responsable conforme a los términos del plan, todos los pagos del cliente se aplicarán primero a cualquier saldo vencido.

Grupo # _____

INFORMACIÓN DE ORIGEN ÉTNICO Y RAZA

Por favor responda a estas preguntas para ayudarnos a brindar servicios culturalmente competentes

Raza: Seleccione la declaración que mejor lo describe

◯ Negro/Afroamericano ◯ Blanco
◯ Asiático o Sur de Asia ◯ Nativo de Alaska
◯ Nativo hawaiano ◯ Indio americano
◯ Otra raza/Multirracial:
escriba la(s) raza(s) _____

Origen étnico: Seleccione la declaración que mejor lo describe

◯ Hispano /Latino
◯ No hispano
◯ Se niega a informar

¿En qué idioma quiere los servicios hoy? ◯ **Inglés,** ◯ **Español,** ◯ **Otro:**_____

¿Le serían útiles los servicios de un intérprete durante su visita? _____**Sí** _____**No**

¿CÓMO SUPO DE PLANNED PARENTHOOD?

O Personalmente o información a mi puerta **O Dept. de Servicios Sociales** **O Amigo** **O Familia** **O Facebook/MySpace**
O Internet **O Proveedor médico** **O Mensaje de texto a teléfono móvil** **O Guía telefónica** **O Médico** **O Anuncio de la radio**
O Referencia **O Referencia escolar** **O Aula sobre ruedas** **O Tren o autobús** **O Anuncio de TV** **O Yelp** **O Otro**_____

*Apellido	* Primer nombre	INICIAL SEGUNDO NOMBRE
*Fecha de nacimiento: / /		

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

- Doy mi consentimiento voluntario para los procedimientos y medicamentos necesarios para la atención que he solicitado y permitirle a PPHP que me contacte por teléfono, mensaje de texto, o portal del paciente sobre resultados de pruebas, citas y otros asuntos concernientes a mi salud.
- Autorizo a que se divulgue cualquier información médica u otra información necesaria para procesar un reclamo del seguro.
- También solicito pago de beneficios del seguro, ya sea para mí o la parte que acepte la asignación abajo.
- Comprendo que Medicaid es el Pagador de Último Recurso y que si tengo Medicaid y otro seguro, en el cual participa PPHP, debo usar primero el otro seguro.
- Doy fe de que la información del seguro que proporcioné es precisa y completa.
- Comprendo que tengo derecho a formular instrucciones anticipadas y que si me gustaría designar un apoderado para la asistencia médica, debo solicitar un formulario de poder de representación al personal de PPHP.
- Comprendo que al firmar abajo, autorizo a PPHP a ver información sobre medicamentos que ya estoy tomando o que he tomado, para minimizar la posibilidad de un caso de reacción adversa a fármacos.
- Comprendo que tengo derecho a rehusarme a partipar en la investigación médica.

Firmado: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____ Fecha: _____

Testigo interno: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Validation of Pt Financial and Demographic data	Data reviewed & entered by:
□ Ahlers form completed and info entered into eCW	
□ Pt reg form fully completed & scanned in eCW	(please print or use stamp)
□ Pt ID scanned in eCW	Name: Date:
□ Pt ins card scanned in eCW	
□ Pt reg info updated in eCW	
□ Pt income (pay stub) or attestation scanned in eCW (FP & Colpo only)	
□ Pt eligibility for FPBP, FPEP & Presumptive, verified	
□ FPBP, FPEP, Presumptive eligibility forms completed & scanned	
□ Patient's income level calculated using Federal Poverty Guidelines instruction	

Revised March 2015