

### INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido    Primer nombre    Sigla    Nombre de soltera

Número: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Su información es confidencial. Sin embargo, debemos tener un **número de teléfono y dirección.**

Haremos lo posible para ponernos en contacto con usted por correo o por teléfono por las siguientes razones:

- 1) Para informarle a usted o seguimiento con usted respecto de cualquier cuestiones anormales encontradas durante su visita o resultados anormales después de su visita.
- 2) Sí es requerido por la ley estatal.
- 3) Para resolver pagos debidos.

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_  
Calle

Ciudad    Estado    Código Postal    Condado

¿ Si eres menor de edad, está usted solicitando los servicios confidenciales de facturación?  Sí  No

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Cuál números podemos utilizar para ponernos en contacto con usted?  Teléfono de día  Teléfono de la casa  Teléfono móvil

¿Podemos dejar un mensaje en estos números?

Sí  No, pero entiendo que puedo ser contactado por teléfono y/o por escrito en el caso de un resultado del laboratorio anormal o positivo.

Correo Electrónico (E-Mail): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma principal?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera/o  Casada/o  Tengo Pareja  Separada/o  Divorciada/o  Viuda/o

Estado de estudiante:  No es estudiante  Tiempo completo  Tiempo parcial

El nivel máximo de la escuela que completó:

8th grado o menos  9-12 grado, sin diploma  Grado de Secundaria  Algún colegio, sin grado

Grado de Asociado  Grado de Licenciatura  Título Posgrado  Desconocido

Raza:

Indígena Americana/Nativo de Alaska  Multiracial  No se sabe

Indígena Asiático  Hawaiano Nativo/Otro de las Islas Pacíficas  Otro: \_\_\_\_\_

Negro o Africano Americano  Blanco

Etnicidad:  Hispano o Latina/o  No Hispano

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
(Debe ser mayor de 18 años)    Nombre    Teléfono    Relación

Tengo el siguiente. (Marque todas las que apliquen):

Seguro de Medicaid  Seguro de Medicare  Seguro de médico privado: \_\_\_\_\_

¿ Usted piensa usar su cobertura de seguros? Sí/No

Sí usted respondió no, ¿ por qué no? \_\_\_\_\_

Planned Parenthood of the Heartland proporciona servicios y suministros en una base de descuento dependiendo en los ingresos y el tamaño de la familia.

- Quisiera declarar mis ingresos con el fin de determinar si reúno los requisitos para un descuento. (Voy a ofrecer al personal con documentos de ingresos.)
- Prefiero no hacer una declaración de ingresos y comprendo que yo seré responsable por el precio total de todos los servicios realizados.

Por favor, complete esta parte si usted desea un descuento para los servicios:

<b>Estoy empleada/o:</b>	<b>Me pagan:</b>	<b>Mi cónyuge está empleado:</b>	<b>Mi cónyuge es pagado:</b>
Sí/No	Cada semana/Cada dos semanas/Cada mes/Anualmente	Sí/No/NA	Cada semana/Cada dos semanas/Cada mes/Anualmente

Yo recibo beneficios de desempleo y/o tengo otras fuentes de ingreso: Sí/No

Número de niños \_\_\_\_\_ apoyados de estos ingresos.    Tamaño total en su familia \_\_\_\_\_  
(menores de 18 y que viven con usted)    (Usted, cónyuge y los niños que viven con usted)

Es la práctica de Planned Parenthood of the Heartland cobrar todas las cuentas que no están pagados completamente en el momento de recibir el servicio.

Firma del paciente

Fecha

Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

PPHeartland Num: \_\_\_\_\_