Planned Parenthood of Southern New Jersey
FORMA DE REGISTRO FEMENINA

Fecha:	Número de carta:

INFORMACIÓN DE PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMA)

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Estado Civil: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Separado ❑ Viudo ❑ En Pareja con Alguien

De Origen Hispana: ❑ Si ❑ No	Etnicidad: ❑ Indio/Indígeno ❑ Asiático ❑ Negro ❑ Blanco ❑ Isla Pacifica ❑ Otro ❑ No Conocido	Idioma Preferido:	Feche de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: ❑ M ❑ F

Dirección:	Ciudad/Estado:	Zona Postal:

Apartamento:	Número de teléfono de casa: ( )	Número de teléfono cellular: ( )
Condado:	¿Podemos identificarnos como la Planned Parenthood si llamamos/escribimos? ❑ Si ❑ No	Número de Seguro Social:

¿Como fue mandado Usted a nuestra clínica? (marquee solamente una caja): ❑ Familia ❑ Amigo/a ❑ Muy próximo a su casa/trabajo ❑ Páginas amarillas ❑ Médico ❑ Otro

¿Cuantas veces ha estado usted embarazada? Numero de partos:_____ Abortos espontaneos:_____ Abortos inducidos:_____

INFORMACIÓN DE INGRESOS/SEGURO

(Favor de mostrar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

¿Qué es sus ingresos de la casa? $	¿Es estos ingresos? ❑ Semanario ❑ Cada dos semanas ❑ Mensualmente ❑ Cada año	
¿El número de la gente que depende de estos ingresos?	¿Número de hijos?	
¿Cómo pagará usted para la visita de hoy? ❑Seguro de salud ❑Medicaid ❑Por si mismo	¿Usted es actualmente un estudiante? ❑ Si ❑ No	¿De ser así, qué tipo? ❑ Primaria ❑ Secundaria ❑ Universitaria ❑ Post-universitaria ❑ Otra

¿El grado más alto usted ha completado?

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 económicamenta responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guarda: Feche:

Firma de Empleado de PPSNJ: Feche:

La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamenta responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guarda: Feche:

Firma de Empleado de PPSNJ: Feche:

La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamenta responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guarda: Feche:

Firma de Empleado de PPSNJ: Feche:

La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a PPSNJ. Entiendo que soy económicamenta responsable de cualquier equilibrio. También autorizo PPSNJ o la compañía de seguros para liberar cualquier informacion requerida tartar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guarda: Feche:

Firma de Empleado de PPSNJ: Feche: