

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

REGISTRO DE PACIENTE

Mientras PPGT reconoce que existe un espectro de géneros, varias agencias patrocinadoras y entidades jurídicas no hacen lo mismo. Debido a circunstancias ajenas de nuestra voluntad, por favor de darse cuenta que tenemos que usar su nombre legal y el sexo indicado en su fuente financiera para documentos relacionados a facturación y seguro. Si su nombre preferido y pronombre son diferentes de estos, por favor háganos saber.

Información Personal				
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Nombre Preferido/Apodo	Fecha
Número De Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Cualquiera	
Dirección - Calle (Primer Contacto)		# de Departamento	Ciudad	Estado Código Postal
Dirección - Calle (Secundario)		# de Departamento	Ciudad	Estado Código Postal
Dirección de correo electrónico			Lenguaje de preferencia	
Núm. De Teléfono Principal	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Núm. De Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

Orientación sexual e identidad de género	
Pronombre de Género Preferido <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro:	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual
Usted se considera <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual/pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Confundido/no sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otro:	Usted se considera <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Hembra a varón (HAV)/hombre transgénero <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón a hembra (VAH)/mujer transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otro:

Información demográfica	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No Hispano Latino	Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Otro:

Información sobre la Persona de Contacto en caso de Emergencia	
Nombre/Relación de Contacto de Emergencia	Número de Teléfono de Contacto de Emergencia

Información sobre Ingresos y Seguro Médico	
# de Personas en la Familia	Ingreso Mensual \$
¿Tiene usted seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, por favor presente tarjeta.
¿Tiene Medicaid/WHP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sólo para residentes del Condado de Travis: ¿Tiene la tarjeta de MAP (Medical Access Programa)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid # (si tiene)	

¿Cómo se enteró de Planned Parenthood?		
<input type="checkbox"/> Había visitado antes a Planned Parenthood	<input type="checkbox"/> Clínica/Referido/a por otro Doctor	<input type="checkbox"/> Internet (Google; Facebook; etc.)
<input type="checkbox"/> Recomendado por un familiar o amigo (a)	<input type="checkbox"/> Evento Promocional	<input type="checkbox"/> Vió/Escuchó un anuncio de Planned Parenthood
<input type="checkbox"/> Otro:		

FOR CLINIC STAFF USE ONLY	Patient Name:
	DOB:
	MR#:

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

Estado Civil			
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Unión Civil	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a con Compañera/o
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	
Historia Reproductiva			
Núm. De Embarazos	Núm. De Partos Vivos	Núm. De Niños Viviendo	Año y mes del último parto de hijo nacido vivo
Método de Anticonceptivo Actual:			
<input type="checkbox"/> N/A			
Información sobre Farmacia Preferida			
Nombre de Farmacia Preferida		Número de Teléfono de Farmacia Preferida	
Yo autorizo a las siguientes personas para recoger mis medicamentos:			

FOR CLINIC STAFF USE ONLY	Patient Name:
	DOB:
	MR#: