Planned Parenthood® of Michigan

Hoja de Información de Paciente

CONFIDENCIAL

Planned Parenthood sirve orgullosamente a personas de toda edad, identidad de género, origin nacional, raza y orientación sexual.

Apellidos Legal _____ **Nombre Legal** _____ **Inicial del Segundo Nombre** _____

Nombre Preferidos sí es diferente del nombre mencionado arriba

Apellidos _____ **Nombre** _____ **Inicial del Segundo Nombre** _____

Número de Seguro Social_____ **Fecha de Nacimiento** _____

Género
- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Transgénero, hombre a mujer
- ☐ Transgénero, mujer a hombre
- ☐ Otro _____

Género legal
si es diferente al género identificado arriba
☐ Femenino ☐ Masculino

Estado Civil (opcional)
- ☐ Soltero/a (nunca casado/a) [1]
- ☐ Casado/a [2]
- ☐ Viudo/a [4]
- ☐ Divorciado/a [5]
- ☐ Separado/a [6]
- ☐ Decidio no responder [3]

Raza
- ☐ Blanco/a [1]
- ☐ Negro/Afro-Americano [2]
- ☐ Indígena native/Indígena de Alaska [4]
- ☐ Asiàtico/a [5]
- ☐ Hawaiano/a/de las Islas Pacificas [7]
- ☐ Màs de una [8]
- ☐ Desconocido/no se sabe con certeza [6]
- ☐ Decidio no responder [9]

¿Usted es de Origin Hispano?
- ☐ No [1]
- ☐ Sí [2]
- ☐ Desconocido/no se sabe con certeza [3]
- ☐ Decido no responder [4]

Pronombre
- ☐ Ella
- ☐ Él
- ☐ Otro _____

¿Sí necesitamos llamar a usted, cómo debemos identificarnos? (seleccione solamente uno) ☐ Planned Parenthood [11] ☐ Consultorio Médico [12] ☐ "Donna" (nombre código) [13]

¿Cuàl es el idioma que usted prefiere? ☐ Inglés [1] ☐ Español [2] ☐ Otro [3] (especificar) _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado**_____

Condado_____ **Código Postal** _____

Día/Mejor número de teléfono (_____ **)** _____

Número secundario/Teléfono de la casa (_____**)** _____

Contacto de emergencia

Nombre _____

Relación_____

Teléfono (_____**)** _____

¿Tiene usted seguro médico? ☐ No ☐ Sí

Sí respondío que sí, ¿que tipo de seguro tiene?
☐ Medicaid ☐ Plan First! ☐ Seguro privado (por ejemplo, BCBS)

Por favor tener listo su tarjeta de seguro. Y por favor tener en mente que es possible que no todos los servicios sean cubiertos. Si no tiene seguro médico, pídale a un miembro del personal acerca de las opciones de seguros.

Llene la sección de abajo SÓLO si está indicado por el personal

Número de personas en el hogar _____

¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Hay alguien en su hogar un estudiante universitario? ☐ Sí ☐ No

¿Se había sido esterilizada o tenido una histerectomía? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un estudiante de secundaria ? ☐ Sí ☐ No

¿En caso afirmativo, está usted trabajando? ☐ Sí ☐ No

Sí se emplea, secion salarial completa a la derecha

Si estudiantiles, becas/préstamos	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
El ingreso de empleo	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
El desempleo/la discapacidad	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
Pensiones de los niños/del divorcio	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
Asistencia en efectivo del gobierno	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
Otra ayuda financiera o apoyo	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año
El ingreso total en el hogar	$_____ /	☐ semana ☐ mes ☐ año

Sólo para uso del personal Fee Category ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Care. No matter what.