

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL CLIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Sexo: M F _____ / _____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección para correo y facturas: Número y nombre de la calle _____ Número de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección donde reside (si es diferente a la de arriba): _____

El financiamiento del gobierno que recibimos requiere de la siguiente información:

¿Cuál es su raza?

- Afroamericano (negro) Multi-racial Indio Americano o Nativo de Alaska Otra raza
 Asiático Blanco Isleño del Pacífico – Nativo Hawaiano

Etnicidad: ¿Es usted hispano? Sí No

¿Cuál es su idioma natal?

- Inglés Camboiano Chino Khmer Tagalo
 Español Cantonés Indostaní Ruso Lenguaje Gestual Americano
 Vietnamita Armenio Laosiano Portugués Punjabi
 Árabe Hmong Japonés Coreano Otro

¿Tiene un proveedor de atención básica (PCP por sus siglas en inglés) a quien usted ve? Sí No Nombre del PCP: _____

Estado civil: Divorciado Legalmente separado Casado Soltero Soltero con pareja

¿Es usted veterano de los EEUU? Sí No

Si lo necesitamos contactar ¿qué número de teléfonos deberíamos de usar?

¿Podemos dejarle mensajes automáticos en el número(s) abajo indicado? Sí No

Preferido: _____ ¿Teléfono celular? Sí No Alterno: _____ ¿Teléfono celular? Sí No

¿Cómo deberíamos identificarnos? Planned Parenthood Consultorio del médico Amigo Otro _____

Qué opción describe mejor su situación actual de vivienda:

- (1) Renta un cuarto de motel (6) Renta con otros (menos de 6 meses y más de 3 personas por dormitorio)
 (2) Se está quedando en su automóvil, camper o acampa (7) Renta solo o con otros, menos de 3 personas por dormitorio
 (3) Se está quedando en un refugio o Programa de Albergue (8) Vive en una vivienda de su propiedad o de su familia
 (4) Programa de Vivienda Transitoria (9) Otros
 (5) Se está quedando temporalmente con amigos o familia (10) Declina declarar

¿Es usted un trabajador migrante? Sí No

¿Necesita a alguien que le traduzca del inglés a su idioma natal? Sí No

(No le recomendamos que familia ni amigos traduzcan para usted.)

Contacto en caso de emergencia Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Tienes alguno de los siguientes? (marca todos los que apliquen):

Medicaid/Medi-Cal Medicare Tarjeta verde azulada /verde del Programa "Health Access"/ PACT Familiar (sólo para CA)

Seguro privado / comercial — Nombre de la Compañía: _____

¿Cubre su seguro los servicios de anticoncepción? Sí No No se

Marque alguna de las razones por las cuales hoy no puede usar su cobertura médica / seguro:

Confidencialidad (su familia se puede enterar) Su parte del costo o deducible insatisfecho El seguro no cubre el control de natalidad Otra

Su ingreso bruto mensual antes de impuestos (Sírvase incluir el ingreso de su cónyuge si está casado): \$ _____ /mes

Número de hijos hasta 18 años de edad que viven con usted: _____ Declina hacer comentarios

Necesitamos esta información para determinar su elegibilidad para recibir fondos del gobierno. Si prefiere declinar declarando sus ingresos y/o tamaño de su familia se le cobrará en consecuencia sobre la base de nuestro programa de precios. Toda la información es confidencial.

La información que he proporcionado es verdadera. Estoy de acuerdo en pagar el precio completo de los servicios que no están cubiertos por mi seguro de salud ni son reembolsados por una tercera parte. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados.

FIRME AQUÍ: _____ FECHA: _____