

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial del segundo nombre		Nombre Preferido	
Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX) - -			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /			Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado	
Mi preferencia del pronombre es: <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ellos/suyos <input type="checkbox"/> otro: _____				Mi identidad es: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Otro			
Domicilio			Apartamento		Ciudad, Estado		Código Postal
Número de teléfono celular*		Número de teléfono alterno			Correo Electrónico		
<i>*Recibirá notificaciones de texto automatizadas de su cita en su número de teléfono celular.</i>							
Si necesitamos comunicarnos con usted sobre su visita. ¿Está bien decir que estamos llamando de Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – identificarse como consultorio médico							
Nombre de un Contacto para Casos de Emergencia				# de Teléfono de su Contacto para Casos de Emergencia			
Ingreso Familiar \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					Tamaño de su Familia (número de personas sustentadas por sus ingresos)		
Raza (marque todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> Nativos americanos or nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco(a)		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a) Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra:		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Estado Estudiantil <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No soy Estudiante	
PERMISO PARA EL USO DE CORREO ELECTRONICO, MENSAJES DE TEXTO Y CORREO DE VOZ							
Yo he leído la forma de comunicación y estoy de acuerdo para recibir comunicaciones de publicidad. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Quieres información sobre las directivas por Anticipado de la Atención de la Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
INFORMACIÓN DE SEGURO/AHCCCS							
Parentesco del Asegurado con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Esposo/a							
Nombre del Asegurado Principal			Número de Seguro Social - -			Fecha de Nacimiento / /	
Asegurado Principal Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal <input type="checkbox"/> igual que el paciente				Teléfono del Asegurado		Género del Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Nombre del Plan			Número de Póliza			Número de Grupo	
Domicilio del Plan Ciudad, Estado y Código Postal				# de Teléfono de Contacto			
SECUNDARIO INFORMACIÓN DE SEGURO/AHCCCS							
Parentesco del Asegurado con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Cónyuge							
Nombre del Asegurado Principal			Número de Seguro Social - -			Fecha de Nacimiento / /	
Asegurado Principal Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal <input type="checkbox"/> igual que el paciente				Teléfono del Asegurado		Género del Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Nombre del Plan			Número de Póliza			Número de Grupo	
Domicilio del Plan Ciudad, Estado y Código Postal				# de Teléfono de Contacto			

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Reconozco que toda la información anterior es verdadera y correcta y que ha sido provista a esta oficina con pleno conocimiento. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por todos los servicios provistos o que serán provistos en el futuro, sin tener que obtener mi firma para cada reclamo que sea presentado, y quedaré obligado(a) a hacer estos pagos como si yo hubiera firmado personalmente el reclamo. Además, autorizo la divulgación de toda aquella información médica que sea necesaria. **COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS A MI CUENTA.**

Yo autorizo a PPAZ a cobrar a otro seguro primario otorgado por AHCCCS (AHCCCS notificará a PPAZ de cualquier otra cobertura de seguro registrada).

_____ Iniciales del Paciente

Yo entiendo que los servicios de laboratorio enumerados a continuación no pueden ser considerados elegible para beneficios (e.g. los servicios pueden no ser medicamente necesarios, beneficios pueden ser fuera de la red, y/o pueden ser aplicados a mi deducible) por mi proveedor de seguro o coaseguro médico. Nuestra clínica seleccionará un laboratorio para usted y usted será financieramente responsable por servicios que no estén cubiertos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Exención de Seguro

A través de la siguiente, renuncio al derecho de utilizar mi cobertura de seguro para todos los servicios de Planned Parenthood Arizona proporcionados en esta fecha. Estoy al tanto de que no podré obtener reembolso de mi compañía de seguro por estos cargos.

Fecha de Servicio:	Firma del Paciente:
Fecha de Servicio:	Firma del Paciente:
Fecha de Servicio:	Firma del Paciente: