

**Asegúrese de llenar este formulario correcta y completamente.** La siguiente información será utilizada por Planned Parenthood (PP) cuando necesitemos contactarnos con usted para comunicarle un resultado anormal de una prueba, o para recordarle sobre una cita (o para reprogramarla), o para enviarle la cuenta mensual si tiene un saldo pendiente. Tenga en cuenta que **si no responde** nuestras llamadas o correspondencia que tengan que ver con pruebas anormales, intentaremos comunicarnos con usted al número de contacto en caso de emergencia que figura abajo.



FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

APELLIDO		PRIMER NOMBRE			MI	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
DIRECCIÓN POSTAL			Nº APTO.	CIUDAD	CONDADO		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<b>¿Podemos contactarla en la dirección indicada arriba?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, indique una dirección alternativa.									
C/O (Nombre)				DIRECCIÓN ALTERNATIVA					

SU RAZA <input type="checkbox"/> Negro (Afro-Americano) <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico (W) <input type="checkbox"/> Indio americano		SU ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Qué idioma? _____
---	--	---	--

Entiendo que PP nunca proveerá mi información médica a nadie además de mi persona sin me consentimiento por lo tanto cuando me llamen PP puede:

<input type="checkbox"/> Identificarse como Planned Parenthood		<input type="checkbox"/> Identificarse como personal de la "la oficina de mi médico"	
<input type="checkbox"/> Usar el nombre clave de _____ para dejarme un mensaje para que yo devuelva el llamado; entiendo que cuando reciba un mensaje de parte de este nombre debo llamar a Planned Parenthood.			
<b>LLAME A ESTE NUMERO PRIMERO</b> ( )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<b>OTRO NUMERO</b> ( )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular

<b>¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?</b>	
<b>Nombre:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<b>Parentesco:</b> _____	

NIVEL DE GRADO ESCOLAR MÁS ALTO COMPLETADO (√ uno)			
<input type="checkbox"/> Menos de grado 8	<input type="checkbox"/> Título a nivel medio/Secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Estudio Universitario/Sin Diploma
<input type="checkbox"/> Entre grado 9-12/Sin Diploma	<input type="checkbox"/> Carrera Técnica	<input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado	
¿UTILIZA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿QUÉ MÉTODO? (INDIQUE POR FAVOR) La Píldora El Parche El Anillo DIU La Inyección (Depo) Implante Condón Masculino Eyaculación fuera de la vagina Condón Femenino Ligación de Tubos Diafragma Esterilización Abstinencia Otro _____			

STAFF: INITIAL EACH MONTH WHEN INFO HAS BEEN REVIEWED

JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----