

## Información de Contacto y Estadística del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido o Apodo: \_\_\_\_\_

*PPGNY siempre reconocerá su nombre preferido y pronombres. Por favor sea consiente que el nombre en su seguro deberá ser usado en documentos pertenecientes a su seguro, facturación, y alguna correspondencia.*

Género: \_\_\_\_\_ Género, reflejado en su tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Dirección

Domiciliaria (si es diferente a dirección de envío): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Mandar correo a:  Nombre legal  Nombre preferido/apodo

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Se puede decir que llama "Planned Parenthood"  Si  No

Se puede dejar un mensaje  Si  No

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Pharmacia: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación a usted: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia te conoce por tu:  Nombre legal  Nombre preferido/apodo Es

estudiante?  Si  No Si es que si, es:  Tiempo Completo  Tiempo Medio

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Persona a quien le quiere dar permiso para hacer recogos (como pastillas anticonceptivas) por usted:

\_\_\_\_\_

### Información Estadística Requerida por Estado de Nueva York:

Necesita interprete?  Si  No

Grado escolar más alto completado: \_\_\_\_\_ Si colegio/universidad, numero de años atendidos: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Divorciado(a)  Casado(a)

Separado(a)  Viudo(a)  Conviviente

Tiene otro proveedor medico? (como medico de cabecera)?  Si  No

Como se entero de Planned Parenthood? (por ejemplo: Radio, Medico de Cabecera, Amigo, etc.)

\_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Es usted Hispano/a o Latino/a/x?  Si  No

PATIENT LABEL

## EVALUACIÓN FINANCIERA

Si tiene seguro privado, esta bien que Planned Parenthood cotice este seguro?  Si  No

Edad:  Menor de 18  18 o mas

Si es menor de 18, sus padres apoyan su visita?  Si  No

**Ingreso Bruto** (Lo que gana antes de impuestos, deducciones y gastos):

Si tiene empleo, trabaja:  Tiempo Completo  Tiempo Medio  Otro # de meses al año que trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador #1: \_\_\_\_\_ Promedio # de horas trabajada por semana: \_\_\_\_\_  
(Circule) Pago por hora/Salario anual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador #2: \_\_\_\_\_ Promedio # de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_  
(Circule) Pago por hora/Salario anual: \$ \_\_\_\_\_

Ingreso de su Pareja (mensual): \$ \_\_\_\_\_

Cuántas personas son apoyadas con el ingreso total? \_\_\_\_\_

Si reporta **zero ingreso**, como hace sus gastos básicos? \_\_\_\_\_

- 
- Entiendo que debo pagar al momento de cada visita y se hará una evaluación de cuotas anualmente para determinar si califico para descuentos. También entiendo que puedo solicitar una nueva evaluación de cuotas en cualquier momento si mi situación financiera cambia. Si no deseo someterme a una evaluación financiera, entiendo que tendré que pagar el costo completo al momento de recibir los servicios.
  - Entiendo que es responsabilidad mia pagar puntualmente todos los gastos, incluyendo co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos.
  - Entiendo que es responsabilidad mía proporcionar mi información de seguro actual y el no hacerlo podría resultar en la denegación de la cobertura, lo cual me haría responsable por todos los gastos.
  - Entiendo que los servicios provistos por PPGNY y pagados por un tercero pueden aparecer en una declaración de estado de cuenta del titular del seguro.
  - Autorizo que se entregue a mi compañía de seguro cualquier información que se solicite para el propósito del pago de servicios.
  - Autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente a Planned Parenthood of Greater New York por los servicios provistos.
  - **Mi firma abajo indica que la información entregada es verdadera y completa y no hay ninguna declaración falsa para calificar para descuentos a los que de otra manera no tendría derecho.**
  - Esta orden permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de este encargo debe considerarse valida como la original.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PATIENT LABEL