

Check In Information

Fecha: _____ **Hora que llego:** _____ **Razón de su visita:** _____

Nombre (Nombre y Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Coincide su nombre con su nombre legal actual? SI / NO ¿Si, no cuál es?: _____

Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal): _____

Número de teléfono: _____ ¿Puede PPGP dejar un mensaje en este número? SI / No

Correo electrónico: _____ @ _____ . _____ Portal de paciente? SI / No

Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Seleccione las respuestas a continuación que mejor reflejen sus identidades y antecedentes

Mis pronombres:

- Ella
- El
- Elle
- Ze/hir/hirs
- Otro: _____

Identidad de Género:

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Sin genero
- Otro: _____
- Elige no revelar

Sexo asignado al nacer (en el certificado de nacimiento original):

- Mujer
- Hombre
- Intersexual
- Otro: _____
- Elige no revelar

¿Se identifica como transgenero? Si / No

Orientación sexual:

- Heterosexual
- Lesbiana o gay
- Bisexual
- Asexual
- Otro: _____
- Elige no revelar

Marital status:

- Cansada/o
- Sin casar con pareja
- Divorciada/o
- Soltera/o
- Otro: _____
- Elige no revelar

Raza:

- Asiático
- Afro Americano
- Nativo Americano
- Isleño del pacifico
- Blanco
- Otro: _____
- Elige no revelar

¿Eres Hispano o Latino? Si / No

- **Información del seguro:**

¿Está pensando utilizar un seguro médico para esta visita? SI / NO

¿Enviaré una copia electrónica de su tarjeta de seguro? SÍ / NO

SI. Al firmar a continuación, reconoce que la comunicación electrónica puede no ser segura.

¿Qué tipo de seguro(s)/cobertura(s) tiene?

¿Quién es el titular principal de la póliza? Ud. /Otra Persona: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del titular de la póliza con Ud.: _____ Sexo del titular de la póliza: M / F / Otro

Miembro/ID/Número de póliza: _____ Numero de grupo (si corresponde): _____

¿Para fines de facturación, si tiene seguro, que genero tiene registrado para Ud.? Mujer / Hombre / Otro

Nombre que tiene en su tarjeta de seguro: _____

- **Farmacia de preferencia:** Nombre: _____ ubicación (calle): _____

Numero de teléfono: _____

- **Nivel de Educación:** Prepa / Grado de asociado / licenciatura / doctorado / alguna educación superior / desconocido

- **Estudiante actual:** SI / NO

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Planned Parenthood. Entiendo que soy financieramente responsable de mi saldo. Entiendo que es posible que se me facture en exceso por los servicios de laboratorio recibidos en Planned Parenthood. Dependiendo de su seguro, es posible que debamos comunicarnos con el titular de su póliza para obtener su firma con el fin de facturar los servicios. Entiendo que soy responsable de todos los servicios no cubiertos por mi plan de seguro médico.

firma del paciente		Fecha	
firma del garante		Fecha Numero de Teléfono	

Check In Information



Planned Parenthood Great Plains