



PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR - FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Apellido de soltera o anterior: _____

Dirección: _____ Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

¿Podemos mandar correo a esta dirección? S N

Teléfono: _____ (casa, móvil, trabajo) ¿Podemos dejar mensajes? S N ¿Mensajes de texto? S N

Otro teléfono: _____ (casa, móvil, trabajo) ¿Podemos dejar mensajes? S N ¿Mensajes de texto? S N

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Información de contacto de emergencia: Porfavor indique a quién contactar en caso de emergencia (padre, madre o tutor si es menor de 18 años): Una emergencia podría ser un sangrado intenso, la pérdida de conciencia, un accidente o un trastorno que requiera traslado en ambulancia u hospitalización. Los servicios de planificación familiar NO requieren permiso de los padres; no obstante, en una situación de emergencia, si usted tiene menos de 18 años, notificaremos a su padre, madre o tutor.

Nombre y parentesco del contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

¿La persona de contacto sabe que usted está recibiendo servicios aquí? Sí No

Etnicidad (marque al menos una opción):	Raza (marque al menos una opción):	Lengua materna:
<input type="checkbox"/> Origen hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Origen no hispano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés
	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense	

¿Cuál es su identidad de género?	Usted se siente:	¿Cuál es su pronombre preferido?
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Ella/De ella
<input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Él/De él
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer trans/Hombre a mujer	<input type="checkbox"/> Lesbiana	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Pansexual/polisexual	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿Qué sexo le asignaron al nacer?	¿Ha tenido Usted alguno de los siguientes procedimientos/condiciones?
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Menopausia
<input type="checkbox"/> Intersexual	

Los servicios se basan en una escala progresiva según su ingreso. Proporcione la información a continuación:

Ingreso bruto del grupo familiar que vive en su casa (dicho grupo incluye personas con vínculo sanguíneo, de matrimonio, unión civil o por adopción legal) \$ _____ semana/mes/annual (marca una opción)

Cantidad de personas (incluido usted mismo) que viven con este ingreso _____

¿Qué tipo de seguro tiene? (encierre la opción en un círculo):

Privado Medicaid Ninguno Otro: _____

Compañía aseguradora: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿A nombre de quién está la póliza? _____ Fecha de Nacimiento del titular de la póliza _____

Número: _____ Grupo/Plan: _____

Número de Medicaid: _____

¿Tiene otro seguro? S N

Privado Medicaid Ninguno Otro: _____

Compañía aseguradora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿A nombre de quién está la póliza? _____ Fecha de Nacimiento del titular de la póliza _____

Número: _____ Grupo/Plan: _____

Número de Medicaid: _____

Si usted tiene 17 años o menos y está cubierto por el plan de seguro de sus padres o tutores:

Debe saber que las aseguradoras privadas mandan una carta denominada "EOB" (explicación de beneficios) a los titulares de la póliza de seguro (sus padres o tutores) sobre los servicios de salud que usted recibe en la clínica. Hágale saber al personal de la clínica si no quiere que sus padres o tutores sepan que se atiende en la clínica.

Si tiene 18 años o más, tiene cobertura de seguro privado y no es el titular de la póliza:

Debe saber que las aseguradoras privadas mandan una carta denominada "EOB" (explicación de beneficios) a los titulares de la póliza de seguro sobre los servicios de salud que recibe en la clínica. Para proteger su privacidad, puede contactar a su aseguradora para solicitar que le envíen la carta EOB a usted y no al titular de la póliza.

(FOR OFFICE USE ONLY)

New FP Client? Y N Existing FP Client? Y N Limited English Proficiency: Y N

(Circle) Bill insurance or bill client Confidential Client? Y N