

FECHA DE SERVICIO: _____ FORMA DE REGISTRO DE CLIENTES

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Soltera _____

Fecha De Nacimiento _____ / _____ / _____ (mm/dd/yyyy) Edad _____ Género: **M** **F**

Telefono: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

Domicillio o PO BOX: _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Codigo postal _____

Podemos enviar por correo a probar los resultados/recordatorios (confidential)? Correo: Si _____ No _____ Telefono: Si _____ No _____

Tiene un número de Seguridad Social? Si _____ No _____ SSN (ultimo 4) _____ Alergias _____

**Ingreso bruto mensual de su vida familiar
en el mismo hogar (incluye a las personas
relacionados por sangre, matrimonio o adopción legal)**

**Número incluyéndolo a usted con el
apoyo de este ingreso**

\$ _____

Tiene un seguro que cubre la atención médica primaria (sus visitas al médico) Si _____ No _____
Si es así es lo que cubre la planificación familiar? Si _____ No _____

QUE TIPO DE SEGURO TIENE? _____

Una copia de su tarjeta de seguro es preciso: Por favor, darle a la recepción

Si es menor de 17 años de edad que a sus padres saben que está recibiendo servicios de planificación familiar?
Si _____ No _____

Si tiene 17 años de edad o menos y esté cubierto por sus padres o tutores plan de seguro:

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de los beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro (sus padres o tutores) sobre los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Deje que el personal de la clínica saber si usted no quiere que sus padres o tutores para saber que recibe servicios en la clínica.

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

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro acerca de los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Puede comunicarse con su compañía de seguros para solicitar que EOB serán enviados a usted en lugar del titular de la póliza para proteger su privacidad.

Contacto de emergencia

Apellido _____ Primer Nombre _____ Telefono (____) _____

Tipo de relación _____

Padre, madre o Guradian si es menor de 18 _____ Telefono (____) _____

PorFavor quién contactar en caso de emergencia (padre o guardian si es menor de 18 años) decir: Una emergencia sería una hemorragia severa, pérdida de conocimiento, un accidente o una condición que requiere el transporte en ambulancia u hospitalización, servicio de planificación familiar no requieren permiso de los padres; Sin embargo, en una situación de emergencia, si es menor de 18 años de edad, se le notificará un padre o guardian. Tiene la persona por encima de saber que usted está recibiendo? Si _____ No _____

Por la presente certifico que toda la información proporcionada , incluyendo los ingresos es correcto

Su Firma

Fecha De hoy

Por favor, vea el reverso de la raza /etnia y el lenguaje preguntas.

Raza (Marcar al menos una)		ETNIA (Marcar al menos una)		LENGUAJE PRIMARIO (Marcar)	
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Origen hispano	<input type="checkbox"/>	Ingles
<input type="checkbox"/>	Americano negro o africano	<input type="checkbox"/>	No origen hispano	<input type="checkbox"/>	Espanol
<input type="checkbox"/>	Indian EE.UU. o Alaska	<input type="checkbox"/>	Desconocido / No reportado	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	asiático	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Multiracial- no especificado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Desconocido / No reportado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Staff, please circle and initial.

For Staff Use Only	
Client (IRIS) ID# _____	
Pov. Level _____%	
FP Code (Circle one) 01 02 03 04 05 06	
Staff Initials _____	Date ___/___/___
Insurance covering family planning (circle one)	Public Private None Unknown
Limited english proficiency	YES NO
New FP Client?	Existing FP Client?

Staff: Please indicate Confidential adolescent patient: Yes _____ No _____