

Patient Name: _____ **DOB:** _____ **Patient Number:** _____

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Direcion: _____ Apartamento/Numero PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zodico Postal: _____ Empleador: _____

Telefono de Casa: (_____) _____ Telefono de Trabajo: (_____) _____

Numero de Celular: (_____) _____ Eletronico: _____ @ _____

Numero de Emergencia: (_____) _____ Nombre/Relacion: _____

Debemos de tener una manera de ponerse en contacto con usted si los resultados son anormales. De cual manera podremos contactarle?
Marque Todo lo que aplique: Telefono de casa Telefono de Trabajo Celular Correo Correo anónimo
 Otro Modo _____

Nos podemos poner en contacto con ustedes para recuadar fondos de solicitudes? Sí No

Podemos utilizar y divulgar su informacion protegida de salud para fines de mercadeo? Sí No

Informacion de Farmacia: Nombre de Farmacia: _____ Numero de Telefono _____

Situación de vivienda: Propio Renta Vive con Miembro de Familia Vive con Miembro que no es Familia Alberge
 Desalojado Otro _____

Estado civil: Casada/Union civil Divorciada Soltera Separada Viuda Viviendo con Mimbetro Que No Es Familia

Raza: Indo Americano/Alaskense Asia Pacifico Africano Blanco Bi-Racial Otro _____
(por favor especifique)

Etnicidad: Hispano No-Hispano **Language:** Ingles Espanol Otro _____

Estado de Empleo: Tiempo complete Medio tiempo Desemplado

Grado mas alto completado: _____ **Eres un estudiante ahora?** _____ Tiempo complete Medio tiempo

de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Edad de primer embarazo _____ Fecha de ultimo embarazo _____

Numero de embarazos (No incluyendo este emabaraso, si esta embarazada): _____

de malparto _____ # de partos de ninos muertos _____ # de abortos _____ # de nacimientos vivos _____ # de hijos vivos _____

Informacion de Pago:

Se espera que de produzca el pago al momento de servicios. Con mucho gusto aceptamos dinero en efectivo, cheque, MasterCard o Visa.

Voy a pagar mi cuenta yo misma Tengo Medicaid Tengo Medicare Tengo Aseguransa Privada

He tenido Medicaid o un Plan HMO de Medicaid en los ultimos 2 anos. Usted puede ser elegible para un programa especial de financiacion.

Certifico que la informacion anterior es presisa y complete. Si estoy usando Medicaid, Medicare, o otro tipo de seguros, le pido el pago de beneficios de seguro de salud se efectuara directamente a Planned Parenthood de Delaware o de sus distribuidores por contrato. Yo entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible, co-pagos, co seguros o servicios no cubiertos por el seguro.

Firma: _____ Fecha: _____