



**Planned Parenthood California Costa Central
Cuestionario Para el Paciente**

Planned Parenthood se compromete a mantener la privacidad de cada paciente y de servirlo con servicios médicos de alta calidad. Hay veces cuando descubrimos un problema médico que requiere notificación inmediata.

Debemos saber cómo comunicarnos con usted!

Apellido _____ Primer Nombre _____

Nombre Preferido _____ Pronombre Preferido (ejemplo: ella/el) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo asignado al nacer: Femenino ___ Masculino ___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Por favor, indíquenos el número de teléfono donde se le puede llamar. _____

¿Tiene un segundo número de teléfono donde se le puede llamar? _____

¿Podemos dejar un mensaje que llamo Planned Parenthood? ___ Si ___ No

Si no, podemos dejar un mensaje que llamo su doctor? ___ Si ___ No

Si no, que nombre prefiere usted que digamos al dejar un mensaje? Escriba el nombre _____

Grupo Racial (Marque todo lo que apliqué)

___ Nativo Americano/Alaskense ___ Asiático ___ Negro/ Afro Americano

___ Mas de una raza ___ Isleño del Pacífico/ Hawaiano

___ Blanco(Americano/Hispano) ___ Otro ___ No se sabe

¿Necesita usted que le hablemos en un idioma aparte del Ingles? ___ Si ___ No

(Si respondió Si circule uno) Español Mixteco Tagalog Portugués Chino Japones Koreano

Veitnames Otro _____

Grupo étnico (Marque uno) ___ Hispano ___ No Hispano

Estado Cívico ___ Soltera/o ___ Casada/o ___ Separada/o ___ Divorciada/o ___ Pareja Doméstica

En Caso de una Emergencia, a quien debemos llamar? _____ Teléfono _____

¿Donde se entero de nuestro centro?

___ Amigo/Pariente ___ Referido por otro médico ___ Internet

___ Educador en la comunidad ___ Feria de Salud Local ___ Otra



¿Tiene Asegurancia Médica? No Si (Si indico que "si" Por favor muestre su tarjeta de aseguranza a la recepcionista.

¿Esta usted sin hogar? Si No

¿Es usted un trabajador migrante? Si No

Número de personas en su familia? (incluyase usted, esposa/o, hijos): _____

Cual es su ingreso mensual? (si esta casado incluya el ingreso de su esposa/o) \$ _____

Consentimiento Para Tratamiento/Autorización Para Cobrar Su Asegurancia Médica

Usted es financieramente responsable por todos los servicios proveados. En un gesto de cortesia, mandaremos un bill a su aseguranza médica. Su aseguranza reembolsara basado en su cobertura, elegibilidad, deducible o copagos. Al firmar este formulario, usted entiende que usted es financieramente responsable por su cuidado médico y comprende, acepta, y se adherirá a nuestra políza financiera.

Por el presente consentimiento yo autorizo la administración de todos los tratamientos que se pueden considerar conveniente o necesario en la sentencia de Planned Parenthood. Yo autorizo a Planned Parenthood para proporcionar una copia de este reporte a mi aseguranza. Yo autorizo a los empleados de Planned Parenthood para proporcionar información a las empresas de aseguranzas o de una tercera organización sobre mi enfermedad y tratamientos y asigno a Planned Parenthood todos los pagos por servicios médicos. Una fotocopia de esta autorización es válida como la original.

Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la clínica por los servicios médicos recibidos por PPCCC.

Yo autorizo que PPCCC proporcione la información necesaria de los servicios de laboratorio. Yo comprendo que puedo recibir una cuenta independiente por cualquier servicio externo.

Yo comprendo que el sospecho de abuso, negligencia, el descuido de niños, corrupción de menores, violencia domestica y asalto sexual se requiere reportarse en acuerdo con las leyes estatales.

Yo estoy de acuerdo en recibir correo con respecto a mi cuenta en la dirección facilitada en la página anterior o puedo inscribirme en el portal de pacientes con PPCCC para recibir información electrónica sobre mi cuenta.

Firma

Fecha

Por favor de entregar esta forma a la area de recepción. Gracias