



Planned Parenthood Columbia Willamette

Last name, First Name: _____

DOB: _____ Date of service: _____

MR#: _____

PATIENT REGISTRATION FORM

CONTACT INFORMATION: Accurate contact information is necessary for us to notify you of any abnormal medical findings. You **must** give us some way to contact you. If this may cause a problem please discuss this with a staff member. **In case of an emergency or life threatening medical condition, confidentiality may be broken.**

Legal Last Name:		Legal First Name:		Middle Initial:	
Previous Last Name:		Previous First Name:		Date of Birth: / /	
Name you like to be called:		Social Security Number: - - <input type="checkbox"/> I don't have one			
Sex assigned at birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male Current Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Undifferentiated		Gender Identity: <input type="checkbox"/> Woman <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Transwoman <input type="checkbox"/> Transman <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> _____ Gender Pronoun: <input type="checkbox"/> She <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> They <input type="checkbox"/> _____			
Which best describes your race? <i>Please mark <u>all</u> that apply:</i> <input type="checkbox"/> African American/ Black <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> _____		Do you consider yourself Hispanic or Latino/Latina/Latinx? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No What is your preferred written/spoken language? Do you need interpretation services? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Address (<i>Mail from PPCW will be sent to this address. Envelope has PPCW street address only</i>): _____ <small>Street Apt # (if any) City State Zip Code</small>					
Preferred Phone#: () - Is this a cell phone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Alternate Phone#: () -		How may we identify ourselves if we call you? <input type="checkbox"/> Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Dr. Office	
How may we leave you a voicemail? <input type="checkbox"/> Leave contact # <input type="checkbox"/> Leave detailed voicemail <input type="checkbox"/> Do not leave voicemail					
Email Address: _____					
Emergency Contact Full Name: _____ Phone# () - _____ Relationship to you: _____					
How did you hear about us? (select one) <input type="checkbox"/> Friend/Family <input type="checkbox"/> Other Health Care Provider <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> I know about Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Planned Parenthood employee <input type="checkbox"/> Fair/Community Event <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sex Ed Class/Teen Council					
May we add you to our USPS mailing list to receive <u>non-medical</u> information from PPCW? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
<i>Please estimate your monthly household income before taxes are taken out. Please include monthly wages, salary, TANF, SSI, Social Security, disability income, unemployment, alimony, or other income.</i>		Total Monthly Income (before taxes):		\$ _____	
		How many people does this income support? <i>(i.e. yourself, spouse, dependents):</i>		_____	

I verify that I have answered these questions to the best of my ability. If applicable, I authorize any insurance benefits to be paid directly to the clinic and authorize the clinic or insurance company to release any information required for a claim. I am financially responsible for any balance due. Accounts over 30 days old will be issued a finance fee.

SIGNATURE: _____

DATE: ____ / ____ / ____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Información de contacto precisa es necesaria para que le notifiquemos cualquier resultado médico anormal. Nos tiene que dar alguna forma de contactarlo. Si esto puede causar un problema, discuta esto con un miembro del personal. **En caso de una condición médica de emergencia o amenazante para la vida, la confidencialidad**

Apellido legal:	Nombre legal:	Inicial del segundo nombre:
Apellido anterior:	Primer nombre anterior:	Fecha de nacimiento: / /
Nombre preferido:	Número de seguro social: - - <input type="checkbox"/> Ninguno	
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Sexo Actual: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Indiferenciado	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transmujer <input type="checkbox"/> Transhombre <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> _____ Pronombre de género: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> _____	
¿Cuál mejor describe tu raza? <i>Por favor marque <u>todo</u> lo que corresponda:</i> <input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> _____	¿Se considera hispano o latino/latina/latinx? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es su idioma preferido por escrito/hablado? ¿Necesita servicios de interpretación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección (El correo de PPCW se enviará a esta dirección. El sobre tiene la dirección de la calle PPCW solamente): _____ <i>Calle Apto # (si corresponde) Ciudad Estado Código postal</i>		
Número de teléfono preferido: () - ¿Es teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono alternativo: () -	¿Cómo podemos identificarnos si llamamos? <input type="checkbox"/> Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Consultorio médico
¿Cómo podemos dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Dejar número de contacto <input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado <input type="checkbox"/> No dejar mensaje		
Dirección de Email:		
Contacto de emergencia: Nombre completo: # de teléfono () - Relación con Ud.:		
¿Como supo acerca de nosotros? (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Facebook/Rede social <input type="checkbox"/> FERIA/ Evento en la comunidad	<input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Sé sobre Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Empleado de Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Clase de educación sexual/Consejo de adolescentes
¿Le podemos agregar a nuestra lista de correo del USPS para recibir información no médica de PPCW? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Estime los ingresos mensuales de su hogar antes de que se eliminen los impuestos. Incluya salarios mensuales, salario, TANF, SSI, Seguridad Social, ingresos por discapacidad, desempleo, pensión alimenticia u otros ingresos:</i>	El total de ingresos mensuales \$ (antes de los impuestos)	
	¿Cuántas personas dependen de estos ingresos? (es decir, usted, cónyuge, dependientes)	

Verifico que he respondido estas preguntas lo mejor que puedo. Si corresponde, autorizo que los beneficios de seguro se paguen directamente a la clínica y autorizo a la clínica o aseguradora a divulgar cualquier información necesaria para una demanda. Soy financieramente responsable de cualquier saldo previsto. Las cuentas con más de 30 días recibirán una tasa de interés.

FIRMA: _____

FECHA: _____ / _____ / _____