

**Información del Paciente** **Cuidado de Salud Transgénero-** Mientras que Planned Parenthood reconoce que existen un espectro de géneros, muchas de las agencias que dan los fondos para nuestros servicios no lo hacen. Debido a esto, por favor este consciente de que el nombre legal y el género que usted usará en las aplicaciones para los fondos y su historial médico deberá ser usado en los documentos pertenecientes al seguro médico y facturas. Si prefiere un nombre o pronombre diferente escríbalo abajo. Si tiene alguna pregunta o preocupación déjenos saber.

**Apellido:** \_\_\_\_\_  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Nombre de preferencia:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Sexo asignado al nacer:**  Masculino  Femenino  Intersexualidad  
**Identificación de género:**  Masculino  Femenino  
 Transgénero masculino  Transgénero femenino  Gender Queer  
 Prefiero no contestar  Categoría adicional (por favor especifique): \_\_\_\_\_  
**Pronombre de preferencia:**  Ella  El  Ellos/Ellas  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**# de Apt:** \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
 Le enviaremos un correo electrónico con información de nuestro portal seguro para el paciente. Número de Seguro: \_\_\_\_\_  
**PPMM se puede comunicar conmigo por:**  
 Correo electrónico  Mensaje de Texto  
**Si necesitamos contactarle por teléfono, Debemos decir que somos:**  
 \_\_\_\_\_ Planned Parenthood \_\_\_\_\_Clave: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Oficina del Doctor  
 Categoría adicional (por favor especifique): \_\_\_\_\_  
**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_  
**Relación con usted:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Farmacia de preferencia:** \_\_\_\_\_

**Información Estadística** Las preguntas de abajo son para uso estadístico solamente y sus respuestas se mantendrán completamente confidenciales. Estamos obligados a hacer estas preguntas para la agencia que nos proporciona los fondos.

<p><b>¿Cuál es su perfil racial?</b>          _____Indio Americano o Nativo de Alaska          _____Asiático          _____Negro o Africano Americano          _____Me rehusó a contestar          _____Hawaiano Nativo o Isleño Pacífico          _____Otra raza          _____Blanco</p> <p><b>¿Qué idioma prefiriere?</b>          _____Inglés          _____Español          _____Otro _____</p> <p><b>¿Se considera Hispano/Latina(o)?</b>          _____Sí          _____No          _____Me rehusó a contestar</p>	<p><b>¿Está viviendo en la calle o sin residencia permanente (Como vivir con amigos o es un adulto viviendo con sus padres)?</b>          _____ Sí _____ No</p> <p><b>¿Tiene alguna discapacidad física o mental?</b>          _____ Sí _____ No</p> <p><b>¿Necesita que nuestro personal le hable en un idioma diferente al inglés?</b>          _____Sí _____ No</p> <p><b>¿Es un trabajador emigrante? (¿Viaja de un lugar a otro en busca de trabajo?)</b>          _____Sí _____No</p>	<p><b>¿Cómo se enteró que Planned Parenthood ofrece los servicios para que esta aquí hoy?</b>          _____Un educador/compañero de salud de Planned Parenthood          _____Parenthood          _____Por medio de la computadora          _____Feria de la salud / evento comunitario          _____Volante / Cartel          _____Amigo/a / Familia</p> <p><b>¿Quién es su proveedor de atención primaria o clínica?</b>          _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Información sobre su seguro médico**

**¿Está cubierto bajo alguno de los siguientes programas?:**  
 \_\_\_\_\_ Programa Detección Cáncer \_\_\_\_\_Medi-Cal  
 \_\_\_\_\_ FPACT \_\_\_\_\_ Ninguno  
 \_\_\_\_\_ Seguro médico privado  
 \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**¿Cuántos son en la familia? (INCLUYA SOLAMENTE: usted, esposa/o, y/o hijos menores de 18)** \_\_\_\_\_

**¿Cuántos personas viven con usted?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto gana al mes antes de los impuestos (taxes)? (Incluya el sueldo de su esposa / o si es casado /a)** \_\_\_\_\_

La información que he proveído es verdadera. Estoy de acuerdo en pagar el costo completo de los servicios que no sean cubiertos bajo mi seguro médico o que sean reembolso de terceras personas. Entiendo que en última instancia yo soy el responsable de los pagos por los servicios

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_