

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.

¿Cuál es su perfil racial?

_____ Indio Americano o Nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro o Africano Americano

_____ Me rehusó a contestar

_____ Hawaiano Nativo o Isleño Pacífico

_____ Otra raza

_____ Blanco

¿Qué idioma prefiriere?

_____ Inglés

_____ Español

_____ Otro _____

¿Se considera Hispano/Latina(o)?

_____ Sí

_____ No

_____ Me rehusó a contestar

¿Está viviendo en la calle o sin residencia permanente (Como vivir con amigos o es un adulto viviendo con sus padres)?

_____ Sí _____ No

¿Tiene alguna discapacidad física o mental?

_____ Sí _____ No

¿Necesita que nuestro personal le hable en un idioma diferente al inglés?

_____ Sí _____ No

¿Es un trabajador emigrante? (¿Viaja de un lugar a otro en busca de trabajo?)

_____ Sí _____ No

¿Cómo se enteró que Planned Parenthood ofrece los servicios para que esta aquí hoy?

_____ 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

¿Quién es su proveedor de atención primaria o clínica?

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:** _____