

PATIENT REGISTRATION FORM

CHART # _____

Have you ever been to a Planned Parenthood before? Yes No

If "Yes" which Planned Parenthood? _____ What Year? _____

Do you have Health Insurance or MediCal? Yes No If "Yes" what type? _____

Do you need an interpreter to communicate in English? Yes No

Patient Last Name	Patient First Name	Patient Middle Name	
-------------------	--------------------	---------------------	--

Address	City	State	Zip Code
---------	------	-------	----------

Home Phone Number ()	Cell Phone Number ()	Date of Birth ____/____/____	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
------------------------------------	------------------------------------	--	--

MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Domestic Partner	Social Security number _____ - _____ - _____	In case of emergency, who should we call? Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____
--	--	---

Family Size <small>(if married include spouse and other children)</small>	Monthly Income <small>(Gross/Before Taxes)</small>	ETHNICITY <input type="checkbox"/> Hispanic or Latina/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	RACE <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> More than one race <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Decline to State - Not Identified Above
---	--	---	---

I have been informed / understand that for medically urgent reasons, PPOSBC will attempt to notify me by phone or by letter.

ASSIGNMENT AND RELEASE:
 I hereby assign payment directly to Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties. **I understand I am financially responsible for any non-covered services.** I also authorize Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties to release any information and/or medical records required **to process this claim.**

Signature: 	Date:
---------------------------	----------------------



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PACIENTE

CHART # _____

¿Alguna vez ha sido paciente de Planned Parenthood? Si No

¿Si indico que "Si", de cual centro? _____ ¿En qué año? _____
¿ (Ciudad)? _____

¿Tiene Asegurancia Médica o MediCal? Si No Si indico que "Si", ¿Qué tipo? _____

¿Necesita usted a un intérprete para comunicar en inglés? Si No

Apellido Del Paciente	Primer Nombre	Segundo Nombre	
------------------------------	----------------------	-----------------------	--

Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
------------------	---------------	---------------	--------------------

Teléfono En Casa ()	Teléfono Celular ()	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
--------------------------------	--------------------------------	--	--

Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) <input type="checkbox"/> Socio doméstico	Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____	¿En caso de emergencia a quien le llamamos? Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____
---	--	---

Tamaño de Familia (Si es casada(o) incluya número de hijos y esposo/a)	Ingresos Mensuales (En bruto, antes de impuestos)	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o Latina/Latino <input type="checkbox"/> No-hispano	Raza <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano, indio o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o norteamericano africano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> descenso para Indicar - no Identificó Arriba
--	---	---	---

He sido Informado/ entiendo que por motivos urgentes médicos PPOSBC intentara notificarme por teléfono o carta.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION:
Yo autorizo el pago directo a Planned Parenthood/O&SBC. **Yo soy financieramente responsable por todos los servicios no cubiertos por mi póliza de asegurancia (incluyendo MediCal).** Yo autorizo a que se ponga a la disposición todos los documentos necesarios para procesar este recudimiento.

Firma Del Paciente:	Fecha:
----------------------------	---------------