# PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR - FORMULARIO DE REGISTRO

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Apellido de soltera o anterior: _____

Dirección: _____ Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

¿Podemos mandar correo a esta dirección? S N

Teléfono: _____ *(casa, móvil, trabajo)* ¿Podemos dejar mensajes? S N ¿Mensajes de texto? S N

Otro teléfono: _____ *(casa, móvil, trabajo)* ¿Podemos dejar mensajes? S N ¿Mensajes de texto? S N

Dirección de correo electrónico *(opcional)*: _____

**Información de contacto de emergencia:** Indique a quién contactar en caso de emergencia (padre, madre o tutor si es menor de 18 años): Una emergencia podría ser un sangrado intenso, la pérdida de conciencia, un accidente o un trastorno que requiera traslado en ambulancia u hospitalización. ***Los servicios de planificación familiar NO requieren permiso de los padres***; no obstante, en una situación de emergencia, si usted tiene menos de 18 años, notificaremos a su padre, madre o tutor.

**Nombre de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____**
¿La persona de contacto sabe que usted está recibiendo servicios aquí? Sí No

**Etnicidad** ***(marque al menos una opción):***
- □ Origen hispano
- □ Origen no hispano

**Raza** ***(marque al menos una opción):***
- □ Asiático
- □ Blanco
- □ Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- □ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
- □ Negro/Afroestadounidense

**Lengua materna:**
- □ Español
- □ Inglés
- □ Otro: _____

**¿Cuál es su identidad de género?**
- □ Hombre
- □ Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre
- □ Mujer
- □ Mujer transgénero/Mujer trans/Hombre a mujer
- □ Otro: _____

**Usted se siente:**
- □ Bisexual
- □ Heterosexual
- □ Homosexual
- □ Lesbiana
- □ Pansexual/polisexual
- □ Otro: _____

**¿Qué sexo le asignaron al nacer?**
- □ Femenino
- □ Masculino
- □ Intersexual

**¿Cuál es su pronombre preferido?**
- □ Ella/De ella
- □ Él/De él
- □ Otro _____

**Los servicios se basan en una escala progresiva según su ingreso. Proporcione la información a continuación**:
Ingreso bruto anual del grupo familiar que vive en su casa (dicho grupo incluye personas con vínculo sanguíneo, de matrimonio, unión civil o por adopción legal) $ _____ Cantidad de personas (incluido usted mismo) que viven con este ingreso _____

**¿Qué tipo de seguro tiene?** (encierre la opción en un círculo):
Privado Medicaid Ninguno
Otro:_____
Compañía aseguradora:
_____
Dirección: _____
Teléfono: _____

¿A nombre de quién está la póliza?
_____
Número: _____ Grupo/Plan: _____
Número de Medicaid: _____

---

**¿Tiene otro seguro? S N**
Privado Medicaid Ninguno
Otro:_____
Compañía aseguradora:
_____
Dirección: _____
Teléfono: _____

¿A nombre de quién está la póliza?
_____
Número: _____ Grupo/Plan: _____
Número de Medicaid: _____

**Si usted tiene 17 años o menos y está cubierto por el plan de seguro de sus padres o tutores**:
Debe saber que las aseguradoras privadas mandan una carta denominada "EOB" (explicación de beneficios) a los titulares de la póliza de seguro (sus padres o tutores) sobre los servicios de salud que usted recibe en la clínica. Hágale saber al personal de la clínica si no quiere que sus padres o tutores sepan que se atiende en la clínica.

**Si tiene 18 años o más, tiene cobertura de seguro privado y no es el titular de la póliza:**
Debe saber que las aseguradoras privadas mandan una carta denominada "EOB" (explicación de beneficios) a los titulares de la póliza de seguro sobre los servicios de salud que recibe en la clínica. Para proteger su privacidad, puede contactar a su aseguradora para solicitar que le envíen la carta EOB a usted y no al titular de la póliza.

*(FOR OFFICE USE ONLY)*

Client (iCare) ID#_____ Pov. Level: _____% FP Code (circle) 01 02 03 04 05 06 Staff Initials:_____

New FP Client? Y N Existing FP Client? Y N Limited English Proficiency: Y N
(Circle) Insurance: Public Private None Unknown

(Circle) Bill insurance or bill client Confidential Client? Y N