



**PATIENT REGISTRATION FORM**

CHART # \_\_\_\_\_

Have you ever been to a Planned Parenthood before?

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

Date of Birth _____	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Social Security Number ____ - ____ - _____
---------------------	---	---

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

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

<b>Home Phone Number</b> ( ) _____  Okay to ID as Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Cell Phone Number</b> ( ) _____  Okay to ID as Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>In case of emergency, who should we call?</b> Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____
--	--	---

<b>MARITAL STATUS</b> <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	<b>ETHNICITY</b> <input type="checkbox"/> Hispanic or Latina/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<b>RACE</b> <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"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> More than one Race <input type="checkbox"/> Decline to State
--	---	--

<b>Family Size</b> <small>(include yourself and if married include spouse and other children)</small>	<b>Monthly Income</b> <small>(Gross/Before Taxes)</small>
--	--

**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 INSCRIPCION PACIENTE**

CHART # \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a sido paciente de Planned Parenthood?  Sí  No  
 ¿Si indico que "Sí", de cual centro? \_\_\_\_\_ ¿En que año? \_\_\_\_\_  
 ¿(Ciudad)? \_\_\_\_\_

¿Tiene Aseguranza Médica o MediCal?  Sí  No Si indico que "Sí" ¿Qué tip? \_\_\_\_\_  
 ¿Necesita intérprete para comunicarse en Inglés?  Sí  No

Fecha de Nacimiento ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____
---------------------------------------	---	---

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

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

<b>Teléfono En Casa</b> ( ) ¿Bueno identificación como Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Teléfono Celular</b> ( ) ¿Bueno identificación como Planned Parenthood? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿En caso de emergencia a quien le llamamos?</b> Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____
---	---	---

<b>Estado Civil</b> <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	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latina/Latino <input type="checkbox"/> No-hispano	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio(a) indígena o Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro(a) o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar
---	---	--

<b>Tamaño de Familia</b> (incluyendo usted mismo y si es casada(o) incluya número de hijos y esposo/a)	<b>Ingresos Mensuales</b> (En bruto, antes de impuestos)
---	---

**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 aseguranza (incluyendo MediCal).** Yo autorizo a que se ponga a la disposición todos los documentos necesarios para procesar este requerimiento.

<b>Firma Del Paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
----------------------------	---------------