



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 ☐ Male ☐ Female

Social Security Number

____ - ____ - ____

Patient Last Name

Patient First Name

Patient Middle Name

Address

City

State

Zip Code

Home Phone Number

()

Cell Phone Number

()

In case of emergency, who should we call?

Name: _____

Relationship: _____

Phone Number: _____

Okay to ID as Planned Parenthood?
☐ Yes ☐ No

Okay to ID as Planned Parenthood?
☐ Yes ☐ No

MARITAL STATUS

- ☐ Single
- ☐ Married
- ☐ Divorced
- ☐ Separated
- ☐ Widowed
- ☐ Domestic Partner

ETHNICITY

- ☐ Hispanic or Latina/Latino
- ☐ Non-Hispanic

RACE

- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander
- ☐ White
- ☐ Vietnamese
- ☐ More than one Race
- ☐ Decline to State

Family Size

(include yourself and if married include spouse and other children)

Monthly Income

(Gross/Before Taxes)

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 ☐ Hombre ☐ Mujer

Numero de Seguro Social

____ - ____ - ____

Apellido Del Paciente

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono En Casa

()

¿Bueno identificación como Planned
Parenthood?

☐ Sí ☐ No

Teléfono Celular

()

¿Bueno identificación como Planned
Parenthood?

☐ Sí ☐ No

¿En caso de emergencia a quien le llamamos?

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Estado Civil

- ☐ Soltera(o)
- ☐ Casada(o)
- ☐ Divorciada(o)
- ☐ Separada(o)
- ☐ Viuda(o)
- ☐ Socio doméstico

Etnia

- ☐ Hispano o Latina/Latino
- ☐ No-hispano

Raza

- ☐ Indio(a) indígena o Nativo(a) de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro(a) o Africano Americano
- ☐ Nativo(a) de Hawái o las islas del Pacífico
- ☐ Blanco(a)
- ☐ Vietnamita
- ☐ Más de una Raza
- ☐ Rehusó a contestar

Tamaño de Familia

(incluyendo usted mismo y si es casada(o) incluya número de hijos y esposo/a)

Ingresos Mensuales

(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.

Firma Del Paciente:

Fecha: