



# Formulario de Admisión

## Clínica de Planificación Familiar

PLACE LABEL HERE

La información que se presenta a continuación le permite al Distrito de Salud (SNHD) determinar sus necesidades/recursos, así como las necesidades de salud de nuestra comunidad. Toda la información es confidencial.

**\*Para los menores: Ustedes pueden recibir servicios sin el consentimiento de sus padres\***

Cómo escuchó acerca de nosotros:  Paciente Previo  Amigo/Familiar  En línea  DMV  Feria de Salud  Referencia  Proyecto Teen Pregnancy  Facebook  Twitter  Página Web del SNHD  Otro \_\_\_\_\_

¿Le gustaría obtener asistencia para localizar recursos (por ejemplo, Medicaid, cuidado dental, asistencia con alimento)?  Sí  No Si contestó 'Sí', por favor explique:

Lenguaje que prefiere hablar: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

¿Necesita servicios para personas con problemas auditivos o un interprete de lenguaje de señas?  Sí  No

### NOS IMPORTA SU PRIVACIDAD.

Ofrecemos servicios confidenciales a todos nuestros clientes. Esto significa que no damos a conocer información sobre su visita a amigos, padres, tutores o familiares sin su permiso.

**DECLARO QUE HE RECIBIDO LA "NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD".** \_\_\_\_\_ (Inicial)

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

Nuestros servicios se basan en una escala de tarifas variables que le ofrece un descuento a usted. Con el fin de darle el mejor descuento posible, se requiere que usted nos proporcione con un comprobante de ingresos de su hogar

¿Cuál es su ingreso semanal antes de impuestos? Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____	
¿Cuál es el ingreso semanal antes de impuestos de su compañero(a)/cónyuge? Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____	
¿Cualquier otro ingreso (Propinas, SSI, etc.) a reportar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el tipo de ingreso y la cantidad	
Si usted vive con y/o mantiene a sus padres y ellos saben de su visita, ¿cuál es su ingreso semanal antes de impuestos?	
<b>Si usted no tiene ingresos, por favor explique cómo paga sus necesidades básicas:</b>	
¿Cantidad de ingreso semanal total?	
¿Cuántas personas son mantenidas con este ingreso?	

<b>Office Use Only</b>
Sliding fee category: _____
Reviewed by: _____
Referred for Hardship: Date: _____ Initials: _____
Ref. to EW re services: Date: _____ Initials: _____

**Para emergencia únicamente:** (una emergencia puede ser sangrado abundante, un desmayo, un accidente o que requiera ser llevado a un hospital)

**Nombre del Contacto de Emergencias:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

He contestado todas las preguntas correctamente en base a mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha