



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?	
Si usted no tiene ingresos, por favor explique cómo paga sus necesidades básicas:	
¿Cantidad de ingreso semanal total?	
¿Cuántas personas son mantenidas con este ingreso?	

Office Use Only

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