

FORMULARIO PARA REGISTRO DEL CLIENTE

Colorado Department of Public Health and Environment
Women's Health Unit (Sección de salud para la mujer)

Clínica _____
Sitio _____

¿Podríamos enviarle recordatorios por correo o comunicarnos con usted a su casa? (Confidencial) Sí____NO____

CLIENTE: (Por favor escriba con letra de molde)

Apellido _____ Nombre propio _____ Inicial _____ Apellido de soltera _____

Domicilio_____ Apt.#_____ Ciudad_____ Estado___ Código Postal_____ Condado _____

Teléfono (casa/mensajes)_____Teléfono (trabajo/celular/móvil)_____

Nombre de una persona para comunicarnos en casos de urgencia_____

Circule: (Sexo) **M** **F** Fecha de nacimiento ____/____/____
mes / día / año *Teléfono en caso de urgencia / instrucciones: _____

RAZA (MARQUE AL MENOS UNA)		ORIGEN ÉTNICO (MARQUE AL MENOS UNO)		IDIOMA DE SU PREFERENCIA (MARQUE)	
☐	Blanca	☐	De origen hispano	☐	Inglés
☐	Negra o afroamericana	☐	No es de origen hispano	☐	Español
☐	Indoamericana o nativa de Alaska	☐	No lo sabe / No lo reporta	☐	Otro
☐	Asiática	☐		☐	
☐	Nativo de las islas de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico	☐		☐	
☐	Múltiple o no identificada	☐		☐	
☐	No lo sabe ni lo reporta	☐		☐	

Ingreso anual bruto para la familia que vive en el mismo hogar (incluye a los consanguíneos, esposo o adopción legal)
\$ _____

¿Número de personas (incluida usted) que viven con este ingreso? _____

¿Tiene número de Seguridad social? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí”, ¿cuál es? (opcional) _____

Número de identificación de Medicaid _____

Número familiar de Medicaid _____

* _____

¿Tiene un seguro médico que cubra la atención médica primaria? (las visitas al médico) ☐ Sí ☐ No

Si Sí, ¿cubre los servicios de planificación familiar?
☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿A nombre de quién está la póliza? _____

Compañía del seguro médico_____

Domicilio _____

Teléfono _____

de Grupo/Plan _____ # Indiv. _____

Por este medio yo garantizo que toda la información, incluyendo el ingreso, es correcta.

Su firma _____

_____ / _____ / _____
mes / día / año

For Staff Use Only (Sólo para uso del personal)

Client (IRIS) ID# _____

Pov. Level _____ %

FP Code (circle one) **01** **02** **03** **04** **05** **06**

Staff Initials _____ Date _____ / _____ / _____

Insurance covering family **Public** **Private**
planning (circle one) **None** **Unknown**

Limited English Proficiency ☐ Yes ☐ No

New FP Client? Existing FP Client? (circle one)

*Por favor, díganos con quién debemos comunicarnos en caso de una urgencia (padre o tutor si es menor de 18 años): casos de urgencia podrían ser si presenta una hemorragia, está inconsciente, sufre un accidente o trastorno que requiera el traslado en ambulancia u hospitalización. Los servicios de planificación familiar **NO** requieren el permiso de los padres; sin embargo, en caso de alguna emergencia, siendo menor de 18 años, se lo notificaremos al padre o tutor. La persona cuyo nombre aparece en este formulario (parte superior), ¿sabe que recibe servicios aquí? **SÍ** _____ **NO** _____