

GEARY COUNTY DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO  
YOUTH CLINIC

FORMA DE REGISTRO DE CLIENTE DE PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Apellido de Soltera(o): \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS#: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Femenina \_\_\_ Masculino  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Celular: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted? Circula una o las dos. Telefono o Por Correo

RAZA: (marque todas las que aplican)

\_\_\_ Blanco \_\_\_ Negro/Africano Americano \_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_ Asiático  
\_\_\_ Nativo de Hawai/Isleño Pacífico \_\_\_ Desconocido/No Reportado

Hispano/Origen Latino: Sí No

Tipo Primario de Asegurancia de Salud:

\_\_\_ Medicaid \_\_\_ Otra Aseguransa Pública \_\_\_ Aseguransa Privada \_\_\_ Ninguna Aseguransa \_\_\_ Desconocido

Nombre de la persona encargada por su cuenta medica, si eres menor de 18 años

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Celular: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Ingreso Total del Hogar: \$ \_\_\_\_\_ (circule uno): Año Mes

Cuántas personas son sostenidas por este ingreso: \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información antedicha está correcta al mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Paciente o Responsable Legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

FOR HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

\*\*\*\*\*

Annual Income: \_\_\_\_\_ Level of Discount: \_\_\_\_\_%

- (Speaks/Understands English)  
 (Bilingual staff/Interpreter Services Used)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Staff)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**Geary County Health Department  
Youth Clinic**



**Public Health**

Prevent. Promote. Protect.

1212 W. Ash Street Junction City, KS 66441  
Phone (785) 762-5788 \* Fax (785) 762-5025

**HIPAA**

**ACKNOWLEDGEMENT DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me he ofrecido una copia de la notificación de prácticas Junction City-Geary Condado de salud del departamento de privacidad con la fecha de vigencia del 1 de enero de 2011.

El personal ha explicado cuestiones sobre confidencialidad y privacidad de registro médico, y entiendo que las políticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / representante de cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
ID de cliente

Original se mantiene en permanente un historial médico del paciente.