

## Programa de Salud Reproductiva Formulario de Inscripción

El Programa de Salud Reproductiva (RH, por sus siglas en inglés) paga servicios médicos y anticonceptivos relacionados con la salud reproductiva. **No discriminamos. Puede recibir servicios sin importar su estatus de ciudadanía, inmigración o documentación, o su identidad de género.** Complete este formulario para ayudarnos a decidir si reúne los requisitos para obtener estos servicios gratuitos. Esta información se mantiene tan privada como sea posible.

Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, hable con el personal de la clínica para que le ayuden.

1	Apellido(s) legal(es):	Primer nombre legal:	Inicial del 2º nombre:
2	Dirección en Oregon:	Ciudad:	Código postal:
3	Fecha de nacimiento:	Edad:	Opcional: ¿Cuál es su identidad de género actual?  Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

4	Si tiene 45 años de edad o más, ¿está usted en la etapa posmenopáusica? <i>(No ha tenido períodos menstruales durante los últimos 12 meses)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
5	¿Ha sido esterilizado(a) hace más de 6 meses? <i>(Esto incluye esterilización femenina, histerectomía o vasectomía).</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que “sí” a la pregunta 4 o 5, deténgase y hable con un miembro del personal de la clínica.	

Las preguntas 6 y 7 son solamente para ayudarnos a determinar cómo pagar sus servicios. <b>Sin importar cómo responda a estas dos preguntas, aun así puede recibir servicios gratuitos.</b>	
6	Consulte el cuadro Estatus de Ciudadanía e Inmigración para obtener ayuda con esta pregunta. Tiene usted: <input type="checkbox"/> Ciudadanía de EE. UU. o estatus nacional de EE. UU. <input type="checkbox"/> Estatus de inmigración elegible <input type="checkbox"/> Otro estatus de inmigración
7	Se requiere un Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), si lo tiene. ¿Tiene usted un SSN? <input type="checkbox"/> Sí. Escríbalo aquí: _____ <input type="checkbox"/> Sí, pero no lo sé <input type="checkbox"/> No

## Programa de Salud Reproductiva Formulario de Inscripción

8	<p>¿Está inscrito actualmente en el Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> Sí, pero solamente para emergencias o embarazo (Beneficios de Asistencia Médica de Emergencia para Extranjeros que no son Ciudadanos de los Estados Unidos [CAWEM] o CAWEM Plus)</p> <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> No sé</p>
9	<p>¿Tiene usted algún otro seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
10	<p>Si usted tiene seguro, ¿le preocupa que su pareja, cónyuge, padre o madre se entere de los servicios que va a recibir el día de hoy?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo seguro</p>

11	<p><u>Tamaño del grupo familiar en función de las declaraciones de impuestos (<i>complete solamente uno de los espacios a continuación</i>):</u></p> <p><b>Si presenta su declaración de impuestos y está a su nombre:</b> Anote la cantidad total de personas que incluye en su declaración de impuestos. Usted debe incluirse a sí mismo(a), a su cónyuge, a sus hijos y a cualquier otro dependiente fiscal en su detalle.</p> <p style="text-align: center;">○ _____</p> <p><b>Si otra persona lo incluye a usted en la declaración de impuestos:</b> Anote la cantidad total de individuos que esa persona incluye en la declaración de impuestos. Inclúyase usted en el detalle.</p> <p style="text-align: center;">○ _____</p> <p><b>Si usted no declara impuestos y nadie lo incluye en la declaración de impuestos:</b> Escriba 1.</p> <p style="text-align: center;">○ _____</p>
----	--

12	<p><u>Sus ingresos <b>ANTES</b> de impuestos (<i>solo incluya sus ingresos</i>):</u> <span style="float: right;"><u>Este mes</u></span></p> <p><i>Ingresos de empleos.</i> Indique cuánto dinero piensa usted que recibirá por su trabajo este mes <b>antes de cualquier impuesto o antes de que se retenga cualquier cantidad.</b> Si usted es trabajador independiente, anote sus ingresos NETOS.</p> <p style="text-align: center;">Y _____</p> <p><i>Otros ingresos.</i> Indique cualquier dinero que usted piense que puede obtener de otras fuentes, aparte del empleo de este mes. Asegúrese de incluir la asistencia por desempleo, las propinas y pensión alimentaria. <b>No incluya los ingresos relacionados con la manutención de hijos, pagos a veteranos de guerra o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Total</b> _____</p>
----	--

13	<p>¿Desea registrarse para votar hoy?                      <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> No corresponde</p>
----	--



## Programa de Salud Reproductiva Formulario de Inscripción

### Uso de su Número de Seguro Social (SSN)

Las leyes federales (citadas a continuación) estipulan que toda persona que solicite beneficios médicos debe proporcionar un Número de Seguro Social (SSN), si lo tiene. Cuando usted escribe su SSN en el formulario de Inscripción de RH, significa que concede su permiso para que el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) o Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) utilícelo para los siguientes propósitos:

- Ayudarnos a decidir si usted reúne los requisitos para obtener beneficios. Usaremos su SSN para asegurarnos de que los ingresos y bienes que usted indicó en el formulario de inscripción sean los correctos. Cotejaremos dicha información con otros registros estatales y federales. Esto incluye al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Ingresos y Medicaid. También incluye beneficios de manutención de hijos, Seguro Social y asistencia por desempleo.
- Ayúdenos a mejorar los programas mediante evaluaciones de calidad.
- Asegúrese de que reciba los beneficios médicos adecuados.

Leyes federales – 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

Entiendo que tengo el derecho a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la OHA.

Debo proporcionar información a la División de Salud Pública de la OHA para demostrar mi identidad y estatus de ciudadanía o de inmigración. Esto se debe hacer así para que puedan decidir cómo pagar mis servicios. Entiendo y acepto esto.

Entiendo que si recibo servicios que no estén cubiertos por el Programa de RH es posible que tenga que pagarlos.

La información que proporcioné es correcta y completa, según mi leal saber y entender.  
Declaro esto bajo pena de perjurio.

Firma del cliente:

Fecha:

## Programa de Salud Reproductiva Formulario de Información Demográfica

Sus respuestas nos ayudarán a entender la diversidad de las personas que reciben servicios. También ayuda a garantizar que todos reciban una buena atención. Mantenemos sus respuestas en privado. Consulte al personal clínico si tiene preguntas.

1	<p>¿Alguna persona de su grupo familiar habla un idioma que no sea inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (<i>pase a la pregunta 3</i>)</p>
2	<p>En qué idioma desea que:</p> <p>Le <b>hablemos</b>: _____ Le <b>escribamos</b>: _____</p> <p>(<i>Si se deja en blanco, se indicará inglés</i>)</p>
3	<p>¿Necesita usted un intérprete de lenguaje de señas para que nosotros podamos comunicarnos con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Qué tipo (lenguaje de señas estadounidense [ASL, por sus siglas en inglés], inglés pidgin por señas [PSE, por sus siglas en inglés], interpretación táctil, etc.):</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>
4	<p>¿Necesita un intérprete para que nos podamos comunicar con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>
5	<p>¿Qué tan bien habla inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> No bien</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé o no se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>
6	<p>¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo (<i>Braille, letra grande, grabaciones de audio, etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Qué formato: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé o no se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>



**Programa de Salud Reproductiva  
Formulario de Información Demográfica**

7	<p>¿Cómo identifica usted su raza o grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>			
8	<p>¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p><b>Indígena estadounidense o nativo de Alaska</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p><b>Asiático</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laociano</p> <p><input type="checkbox"/> Del Sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otro tipo</p> <p><b>Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Micronesio</p> <p><input type="checkbox"/> Tongano</p> <p><input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p><b>Negro o afroestadounidense</b></p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Caribeño (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Negro de otro tipo</p> <p><b>Blanco</b></p> <p><input type="checkbox"/> Europeo oriental (ejemplos: Bosnia y Herzegovina, Serbia, Ucrania)</p> <p><input type="checkbox"/> Esloveno (ejemplos: Albania, Armenia, Letonia, Rumania)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco de otro tipo</p> <p><b>Otras categorías</b></p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Indígena estadounidense o nativo de Alaska</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p>	<p><b>Asiático</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laociano</p> <p><input type="checkbox"/> Del Sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otro tipo</p> <p><b>Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Micronesio</p> <p><input type="checkbox"/> Tongano</p> <p><input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico</p>	<p><b>Negro o afroestadounidense</b></p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Caribeño (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Negro de otro tipo</p> <p><b>Blanco</b></p> <p><input type="checkbox"/> Europeo oriental (ejemplos: Bosnia y Herzegovina, Serbia, Ucrania)</p> <p><input type="checkbox"/> Esloveno (ejemplos: Albania, Armenia, Letonia, Rumania)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco de otro tipo</p> <p><b>Otras categorías</b></p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>
<p><b>Indígena estadounidense o nativo de Alaska</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p>	<p><b>Asiático</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laociano</p> <p><input type="checkbox"/> Del Sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otro tipo</p> <p><b>Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Micronesio</p> <p><input type="checkbox"/> Tongano</p> <p><input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico</p>	<p><b>Negro o afroestadounidense</b></p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Caribeño (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Negro de otro tipo</p> <p><b>Blanco</b></p> <p><input type="checkbox"/> Europeo oriental (ejemplos: Bosnia y Herzegovina, Serbia, Ucrania)</p> <p><input type="checkbox"/> Esloveno (ejemplos: Albania, Armenia, Letonia, Rumania)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco de otro tipo</p> <p><b>Otras categorías</b></p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>		
9	<p>Si usted marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay UNA que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un CÍRCULO la ÚNICA categoría que usted cree que es su identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Tengo más de una identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> Marque solamente una de las categorías anteriores.</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>			

## Programa de Salud Reproductiva Formulario de Información Demográfica

**Sus respuestas a continuación nos ayudarán a entender la diversidad de personas con discapacidades y limitaciones.**

10	¿Es usted sordo/a o tiene dificultad seria para oír? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar
11	¿Es usted ciego/a o tiene dificultad seria para ver, aunque lleve puestos lentes? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar
12	¿Tiene dificultad seria para caminar o subir escaleras? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar
13	¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar
14	Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad seria para: A) ¿Concentrarse, recordar o tomar decisiones? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar  B) ¿Hacer los mandados solo/a, por ejemplo, ir a ver al médico o hacer las compras? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar	<p><b>En caso afirmativo, ¿tiene usted serias dificultades para tomar decisiones médicas?</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> ----- <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>No lo sé</b> <input type="checkbox"/> <b>Me niego a contestar/No deseo contestar</b> <p>Si tiene serias dificultades para tomar ← decisiones médicas, hable con su proveedor de servicios de salud.</p>
15	¿Alguna condición física, mental o emocional limita de alguna manera sus actividades? <input type="checkbox"/> Sí. Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? ____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar