



***Estado del seguro (privado)**
***Insurance Status (Private)**

14001 Todo o algo para la planificación familiar mantiene el _____
14001 All or some for Family Planning Services _____

14002 Ningunos para la planificación familiar Services _____
14002 None for Family Planning Services _____

14003 Desconocido para la planificación familiar Services _____
14003 Unknown for Family Planning Services _____

14004 público (de Medicaid) _____
14004 Public (Medicaid) _____

14005 sin seguro _____
14005 Uninsured _____

14006 Unknown _____
14006 Unknown _____

EL CONSENTIMIENTO Y LA DECLARACIÓN DE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONARON

Consiento para que los servicios sean realizados por el tablero del condado de DeKalb de la salud. Entiendo que soy responsable del pago completo del tablero del condado de DeKalb de honorarios programar salud en tarjetas del efectivo, del cheque, del crédito o del debe a la hora de servicio a menos que califique para cierta oferta descontada especial de los programas de los honorarios. Los honorarios descontados se basan en mi y/o mi renta de casa y número de los dependientes, sobre quienes he proporcionado verazmente y exactamente.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del paciente, del padre o del guarda

CONSENT & STATEMENT OF ACCURACY OF INFORMATION PROVIDED

I consent for services to be performed by the DeKalb County Board of Health. I understand I am responsible for full payment of the DeKalb County Board of Health scheduled fees in cash, check, credit or debit cards at the time of service unless I qualify for special discounted fees certain programs offer. Discounted fees are based on my and/or my household income and number of dependents, which I have provided truthfully and accurately above.

Signature: _____ Date: _____
Patient, Parent or Guardian's Signature