

Planned Parenthood Association of the Mercer Area

Patient Registration Form Regestación Para Paciente

Patient#/# del paciente _____

**Please complete the following form. All the information is confidential.
Por favor complete la hoja seguida. Toda la información es confidencial.**

First Name Primer Nombre _____	Last Name Apellido _____
Address Dirección _____	County Condado _____
City Ciudad _____	State Estado _____
SS# # de Seguro Social _____	Date of Birth Fecha de Nacimiento ____/____/____
	Zip Código Postal _____

House Hold Income Ingreso de la casa \$ _____	Yearly Anual <input type="checkbox"/>	Monthly Mensual <input type="checkbox"/>	Weekly Semanal <input type="checkbox"/>
Family Size Cuantos son en tu Familia _____	How many are children(s) Cuantos son niño(s) _____		

Home phone Numero de teléfono (____)____-____	Work phone Numero del trabajo (____)____-____
Emergency contact Phone number Numero de contacto de emergencia (____)____-____	Emergency contact Name Nombre del contacto de emergencia _____

Please check one of the four ways you want to receive you mail from us (PPAMA)
Por favor marque una de las cuarto maneras que tu querré recibir correspondencia de nosotros (PPAMA)

Full return address <input type="checkbox"/> Dirección completa dé retorno	Street address ONLY <input type="checkbox"/> Solamente la dirección de la calle	NO return address <input type="checkbox"/> SIN dirección	NO mail <input type="checkbox"/> Ninguna respeta
---	--	---	---

Please check one of the four ways you want to receive phone calls from us (PPAMA)
Por favor marque una de las cuarto maneras que tu querré recibir llamas de nosotros (PPAMA)

Saying Planned Parenthood <input type="checkbox"/> Diciendo Planned Parenthood	Saying Doctor's Office <input type="checkbox"/> Diciendo oficina de doctor	Saying it's a friend <input type="checkbox"/> Diciendo que es una amiga	NO calls <input type="checkbox"/> Ninguna llamadas
---	---	--	---

Please check all that apply
Por favor marque todo que aplica

Sex Sexo -	Female <input type="checkbox"/> Femenino	Male <input type="checkbox"/> Masculino				
Race Raza -	American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	Asian <input type="checkbox"/> Asiático	Black or African American <input type="checkbox"/> Moreno o Americano Africano	Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico	White <input type="checkbox"/> Blanco	
Hispanic Hispano -	Yes - Hispanic or Latin <input type="checkbox"/> Si - Hispano o Latino	Not - Hispanic nor Latin <input type="checkbox"/> No - Hispano o Latino	Unknown <input type="checkbox"/> No sabes			
Marital Status Estado Marital -	Divorced <input type="checkbox"/> Divorciada	Living together <input type="checkbox"/> Viven juntos	Married <input type="checkbox"/> Casada	Separated <input type="checkbox"/> Separada	Single <input type="checkbox"/> Soltera	Widowed <input type="checkbox"/> Viuda
Referral Referido -	Family o Friend <input type="checkbox"/> Familia o Amiga	Hospital <input type="checkbox"/> Hospital	Hot Line <input type="checkbox"/> Línea Abierta	Media <input type="checkbox"/> Medio de comunicación	Other patient <input type="checkbox"/> Otra paciente	Phone book <input type="checkbox"/> Libro de teléfono
	Outreach <input type="checkbox"/> Alcance	Private Doctor <input type="checkbox"/> Médico privado	Welfare <input type="checkbox"/> Welfare			
Language Idioma -	English <input type="checkbox"/> Ingles	Other <input type="checkbox"/> Otro _____	Interpreter Needed <input type="checkbox"/> Necesito un Interprete			
Student Estudiante -	Yes <input type="checkbox"/> Si	No <input type="checkbox"/> No	Highest grade f school you completed Grado mas alto que ha completado en la escuela _____			

Clamidia/Gonorrea/VIH Visita de Chequeo

Fecha: _____

Síntomas de Gonorrea y Clamidia

Usualmente no hay síntomas. Pero si las hay, puede sentir algo como:

Mujer: Flujo vaginal que no es usual, ardor al orinar, dolores abdominales o de la espalda, dolores cuando tiene relaciones sexuales, sangrado después de sexo o entre periodos.

Hombre: Secreción del pene, sensación de ardor al orinar, ardor y comezón al rededor de la abertura del pene.

Chequear Abajo:

- Si No Su pareja de sexo fue tratado recientemente de Clamidia o Gonorrea
- Si No Su pareja de sexo tiene alguno de los síntomas listados arriba?
- Si No Usted tiene algunos de los síntomas listados arriba?
- Si No Usted tiene alergia a las medicinas? Si es si, por favor haga una lista:

Solamente pacientes femeninas: Cuando fue su ultimo periodo? _____

Firma del Paciente

Fecha

Solo para personal – No escriba debajo de esta línea

- Yes No Client reports symptoms. Appt. offered. Declined Scheduled Appointment for:
- CI HIV given.
- Rapid HIV test done. Oral / Blood Results: Negative Positive Confirmatory test sent. Client informed.
- Urine GC/CT sent.

Notes:

Staff signature

Date

Plan:

- Treat today. NKDA
 - Azithromycin 1 gm orally in single dose
 - Cefixime 400 mg orally in single dose
 - Other _____
- Medication CIs given. Package inserts given.
- Await results.
- Other _____

Notes:

- Provide partner treatment today. NKDA Unknown
 - Azithromycin 1 gm orally in single dose
 - Cefixime 400 mg orally in single dose
 - Other _____
- Partner treatment CIs given. Package inserts given.
- Refer partner for treatment. PP other

Clinician Signature:

Solo para personal – No escriba debajo de esta línea

Results:

- GC Negative Positive
 CT Negative Positive
 Confirmatory HIV Negative Positive Not done

Plan, if any positives:

- Treat. NKDA Treated at visit.
 Azithromycin 1 gm orally in single dose
 Cefixime 400 mg orally in single dose
 Other _____
 Partner treatment.
 Azithromycin 1 gm orally in single dose
 Cefixime 400 mg orally in single dose
 Other _____
 Refer partner for treatment. PP other
 Refer for HIV care.

Notes:

Clinician Signature **Date**

Notification attempts:

	Date	Initial	Response
1. TC – H W ER C			NA LM DC
2. Letter _____			
3. Letter _____			

Notes:

 Staff Signature Date

Treatment:

- Client picked up medication. Date: _____
 For self. Lot # (s): _____
 Medication CIs given. Package inserts given.
 Partner treatment Letter Given
 Prescription called into pharmacy. Tel # _____

 Staff Signature Date

Reminder : Not applicable

1. Letter _____ or
 TC – H W ER C NA LM DC

TC – Telephone Call, H- Home, W- Work, ER- Emergency #, C- Cell, NA – no answer, LM – left message, DC- disconnected