

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

# Planned Parenthood Association of the Mercer Area

## LAS PILDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (ECPs) SIN EXAMEN FISICO

(MEDICAL HISTORY FORM FOR ECPs WITH A DEFERRED EXAM)

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Numero del paciente/Chart #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

### Breve Historia Medica/Brief Medical History

¿Ha tenido jamás usted? Have you ever had:

**Apoplegia?** Stroke?  Si/Yes  No

**Coágulos?** Blood Clots?  Si/Yes  No

**Ataque al corazón o dolores en el pecho?** Heart attack or chest pains?  Si/Yes  No

**Cáncer?** Cancer?  Si/Yes  No

**Tumor o enfermedad del hígado?** Liver tumor or disease?  Si/Yes  No

**Diabetes?** Diabetes?  Si/Yes  No

**Convulsiones?** Seizures?  Si/Yes  No

**Presión alta?** High blood pressure?  Si/Yes  No

**Colesterol alto?** High cholesterol?  Si/Yes  No

**Fuertes dolores de cabeza?** Bad headaches?  Si/Yes  No

**Cáncer de mama o dureza en el pecho?** Breast cancer or lumps in your breast?  Si/Yes  No

**Enfermedad grave?** Serious illness?  Si/Yes  No

¿Es mayor de 35 años? Are you over 35?  Si/Yes  No

¿Usted fuma? Do you smoke?  Si/Yes  No

¿Han tenido sus padres, hermanos o hermanas ataques cardiacos o infarto antes de cumplir 55 años?  Si/Yes  No

Has a parent, brother or sister had a heart attack before age 55?

Actualmente mi metodo de anticonceptivo es \_\_\_\_\_

Current birth control method \_\_\_\_\_

¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo desde su última menstruación?  Si/Yes  No

Have you had sex without birth control since your last period? **Si/Yes, Fecha/Date** \_\_\_\_\_ **Hora/Time** \_\_\_\_\_

¿Usted ha sido forzada a tener relaciones sexuales? Did anyone force you to have sex?  Si/Yes  No

Fecha de su última menstruación \_\_\_\_\_ ¿Fue esa menstruación normal?  Si/Yes  No

Date of last menstrual period \_\_\_\_\_ Was it a normal period?

¿Sus últimos periodos han sido anormales o irregulares?  Si/Yes  No

Have your periods been abnormal or irregular lately?

En caso afirmativo, describa/If yes, describe \_\_\_\_\_

¿Cree que está embarazada ahora?/Do you think you are pregnant now?  Si/Yes  No

¿Está amamantando un bebé?/Are you nursing a baby?  Si/Yes  No

Si ha estado embarazada anteriormente, por favor anote las fechas: If pregnant before, please list dates of:

Parto (s) vivos/Live Births \_\_\_\_\_ Ectopicos/Ectopics \_\_\_\_\_ Otro/Other \_\_\_\_\_

Aborto (s)/Abortion \_\_\_\_\_ Aborto natural/Miscarriage \_\_\_\_\_

### Preguntas Generales de Salud/General Health Questions

¿Cuándo fue su último examen físico? When was your last physical exam? \_\_\_\_\_ **Fue normal?** Was it normal?  Si/Yes  No

¿Cuándo fue su último examen de Papanicolau? When was your last Pap smear? \_\_\_\_\_ **Fue normal?** Was it normal?  Si/Yes  No

¿Cuándo fue su último examen de mama? When was your last breast exam? \_\_\_\_\_ **Fue normal?** Was it normal?  Si/Yes  No

¿Cuándo fue su último mamografía? When was your last mammogram? \_\_\_\_\_ **Fue normal?** Was it normal?  Si/Yes  No

¿Tiene alguna secreción anormal o poco usual de la vagina? Do you have any abnormal or unusual vaginal discharge?  Si/Yes  No

¿Ha cambiado de pareja sexual en los últimos 6 meses? Have you had a change of sexual partners in the last 6 months?  Si/Yes  No

Firma/Patient Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA PERSONAL – NO ESCRIBE DEBAJO DE ESTA LINEA**

Name: \_\_\_\_\_  
 Chart #: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Assessment**

Weight \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_

If indicated, laboratory test result: Type of Pregnancy Test: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

GC/Chlamydia Testing done : Yes No Result: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Patient stated that she wants Emergency Contraceptive Pills (ECPs).
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Patient was told about available options to ECPs. Information on contraceptive methods given. Patient was counseled per PP protocol regarding ECP Patient was given the Client Information for Informed Consent (CIIC): ECPs., with instructions for use completed on form.
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Complete the Request for Medical Services Method Specific form, signature obtained Patient appropriate candidate for ECPs ECP given
Notes:	
Staff Signature: _____ Date: _____	
ECP ORDER: <input type="checkbox"/> Plan B #2 Tabs <input type="checkbox"/> (2) tabs PO now <input type="checkbox"/> Prophylactic PRN w/in 120 hrs unprotected IC Refill x_____ Rx given <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plan B #2 Tabs <input type="checkbox"/> (1) tab PO now (1) tab in 12 hours <input type="checkbox"/> Prophylactic PRN w/in 120 hrs unprotected IC Refill x_____ Rx given <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other ( <i>directions and prophylaxis regime to be written here.</i> )	
_____ Clinician Signature	_____ Date

New Patient Packet of Information given

Client to return: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_