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 _____

Zip
Código Postal _____

SS#
de Seguro Social _____-____-_____

Date of Birth
Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

House Hold Income
Ingreso de la casa $_____.____

Yearly ❑ Anual
Monthly ❑ Mensual
Weekly ❑ 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 ❑ Dirección completa dé retorno
Street address ONLY ❑ Solamente la dirección de la calle
NO return address ❑ SIN dirección
NO mail ❑ 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 ❑ Diciendo Planned Parenthood
Saying Doctor's Office ❑ Diciendo oficina de doctor
Saying it's a friend ❑ Diciendo que es una amiga
NO calls ❑ Ninguna llamadas

Please check all that apply
Por favor marque todo que aplica

Sex — Female / Male
Sexo - ❑ Femenino ❑ Masculino

Race — American Indian or Alaskan Native / Asian / Black or African American / Native Hawaiian or Pacific Islander / White
Raza - ❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Moreno o Americano Africano ❑ Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico ❑ Blanco

Hispanic — Yes – Hispanic or Latin / Not – Hispanic nor Latin / Unknown
Hispano - ❑ Si – Hispano o Latino ❑ No – Hispano o Latino ❑ No sabes

Marital Status — Divorced / Living together / Married / Separated / Single / Widowed
Estado Marital - ❑ Divorciada ❑ Viven juntos ❑ Casada ❑ Separada ❑ Soltera ❑ Viuda

Referral — Family o Friend / Hospital / Hot Line / Media / Other patient / Phone book
Referido - ❑ Familia o Amiga ❑ Hospital ❑ Línea Abierta ❑ Medio de comunicación ❑ Otra paciente ❑ Libro de teléfono
Outreach / Private Doctor / Welfare
❑ Alcance ❑ Médico privado ❑ Welfare

Language — English / Other
Idioma - ❑ Ingles ❑ Otro _____
Interpreter Needed
❑ Necesito un Interprete

Student — Yes / No
Estudiante - ❑ Si ❑ No
Highest grade f school you completed
Grado mas alto que ha completado en la escuela _____

Date: **Patient Label:**

Planificación Familiar: Historia Inicial(Family Planning Initial History) *Planned Parenthood Association of the Mercer Area*

Bienvenido a la Asociación Planned Parenthood del área de Mercer. La información que recolectemos en este cuestionario nos ayudará a establecer sus necesidades con respecto a la salud. Toda la información es confidencial.

Motivo de su visita (The reason for visit today_____

¿Tiene algún tipo de ALERGIA? (Do you have any allergies?)

□ **Ningunas alergias conocidas** (No known allergies)

Alergia a (Allergy to):

□ **Medicamentos** (Medication) □ **Látex** (Latex)

□ **Metales** (Metals) □ **Anestesia** (Anesthesia) □ **Otros** (Other)

Por favor explique todos los detalles que pueda y el tipo de reacción (Please specify and include type of reaction):

_____

_____

HISTORIA DE CICLO MENSTRUAL (Menstrual History)

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____
(Your age when periods started?)

Fecha de inicio de su última menstruación: _____
(Date your last period began:)

¿Con qué frecuencia tiene su ciclo menstrual? _____
(How often do you get a period?)

¿Cuántos días dura su menstruación? _____
(Number of days your periods last?)

Cantidad de toallas sanitarias o tampones que utiliza durante los días de más flujo. _____
(Number of pads/tampons used on heaviest day.)

Sí/Yes **No**

□ □ **¿Su última menstruación fue normal?**
(Was your last period normal? If no, explain)
Si es no, explique,_____
_____

□ □ **¿Sufres fuertes colicos menstruales?**
(Do you get severe cramps with your period?)

□ □ **¿Alguna vez te ha faltado el período?**
(Do you miss periods?)

□ □ **¿Sangras cuando no tienes el período?**
(Do you bleed between periods?)

□ □ **¿Te preocupa la posibilidad de estar embarazada ahora?**
(Are you concerned you may be pregnant now?)

□ □ **¿Te haces duchas vaginales?**
(Do you douche?)

Fecha de su ÚLTIMO PAPANICOLAOU _____
(Date of LAST PAP SMEAR)

□ **Nunca me hice una prueba de Papanicolaou**
(Never had previous pap smear)

Fecha de su ÚLTIMO MAMOGRAFÍA: _____
(Date of LAST MAMMOGRAM)

□ **Nunca me hice una mamografía** (Never had previous mammogram)

HISTORIA DE VIDA SEXUAL (Sexual History)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a medir su riesgo de cáncer de cuello uterino y de infecciones de transmisión sexual. Toda la información es confidencial. *(Your answers to the following questions will help us assess your risk for cervical cancer and sexually transmitted infections (STI's). All information is confidential.)*

□ **Nunca he tenido relaciones sexuales (omita esta sección)** (Never had any sex; skip this section)

Edad de su primera relación sexual: _____
(Your age when you first had sex)

Tipo de actividad sexual que mantiene/Types of sexual activity

□ **vaginal** □ **oral** □ **anal**

Sus parejas sexuales actuales o pasados son:
(Current and past partners)

□ **hombres**/male □ **mujeres**/female □ **ambos**/both

Sí/Yes **No**

□ □ **¿Tiene una pareja sexual en este momento?**
(Do you have a current sexual partner?)

□ □ **Durante el año pasado,¿has tenido más de una pareja nueva?**
(Have you had more than one, or a new sexual partner in the past year?)

□ □ **¿Usted o su pareja usan preservativos?**
(Do you or your partner use condoms?)
Si es sí, □ **Siempre** □ **De vez en cuando**
(If yes, □ Every time □ Not every time)

□ □ **¿Tiene preocupaciones sobre infecciones transmitida sexualmente o VIH?**
(Do you have concerns about an STI or HIV?)

□ □ **¿Desea hoy una prueba de infecciones transmitida sexualmente o VIH?**
(Do you want to be tested for an STI or HIV today?)

□ □ **¿Tiene alguna preguntas o inquietud sobre sexo que desee consultar hoy?**
(Do you have questions/concerns about sex today?)

□ □ **¿Alguno de sus parejas sexuales es o ha sido bisexual?**
(Have any sexual partners been bisexual?)

Haga una lista de todos los medicamentos que toma o utiliza con frecuencia (incluya los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los anticonceptivos y los suplementos de herboristería) (List all medication you are currently taking or use often, include over-the-counter medicines, vitaminas, birth control, and any herbal supplements)

_____ _____ _____

Date:

Patient Label:

HISTORIA DE EMBARAZOS (Pregnancy History)

□ **Nunca he estado embarazada (omita esta sección)**
(I have never been pregnant; skip this section)

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
(How many times have you been pregnant?)

Fechas de los partos de niños vivos: _____
(Dates of Live births)

Fechas de los embarazos perdidos: _____
(Dates of Miscarriages)

Fechas de los partos de niños muertos: _____
(Dates of Still births)

Fechas de los abortos: _____
(Dates of Abortions)

Fechas de los partos prematuros: _____
(Dates of Premature births)

Fechas de los embarazos ectópicos: _____
(Dates of Tubal pregnancies)

Fechas de los partos por cesárea: _____
(Dates of Caesarean births)

Cantidad de hijos vivos (# of Living Children): _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante alguno de sus embarazos? (During any pregnancy did you have)

□ **Diabetes**

□ **Presión alta** (High blood pressure)

□ **Bebé prematuro** (Premature baby)

□ **Niño con anomalía congénita** (Child with birth defect)

¿Amamanta en este momento? □ **Sí**/Yes □ **No**
(Are you currently breastfeeding?)

HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (Contraceptive History)

Marque todos los métodos anticonceptivos que has utilizado: (Check all of the birth control methods you have used)

□ **Condones**/Condoms □ **Abstinencia**/Abstinence

□ **Pastillas**/Pills □ **Inyección de Depo-Provera**/"Depo"

□ **Parche**/Patch □ **Anillo vaginal**/Nuvaring

□ **DIU**/IUD □ **Diafragma**/Diaphragm,Cap

□ **Coito interrumpido**/Withdraw □ **Espermicida**/Spermicide

□ **Histerectomía**/Hysterectomy □ **Vasectomía**/Vasectomy

□ **Implante hormonal (Norplant)** □ **Esterilización**/"Tubal"

□ **Inyección mensual (Lunelle)**

□ **Planificación familiar natural de acuerdo con el ciclo**
(Rhythm/Natural Family Planning)

Sí/Yes **No**

□ □ **¿Utiliza algún método anticonceptivo ahora?**
(Do you use birth control now?)
Si es sí, ¿qué método utiliza? _____
(If yes, what method do you use?)

□ □ **¿Ha tenido algún problema con algunos de los métodos anticonceptivos?**
(Have you had problems with birth control?)
Si es sí, especifique, _____
(If yes, explain)

□ □ **¿Desea utilizar algún método anticonceptivo ahora?** (Do you want a birth control method today?)
Si es sí, ¿qué método? _____
(If yes, which method?)

□ □ **¿Planea tener hijos?** (Do you plan to have children?)
Si es sí, ¿cuándo? (If yes, when?) _____

□ □ **¿Has tenido sexo sin haber usado alguna clase de método anticonceptivos, desde tú último período?**
(Have you had sex without using any kind of birth control since your last period?)
Si es sí, ¿cuándo? (If yes, when?) _____

HISTORIA MEDICA Y QUIRÚRGICA

Sí/Yes **No**

□ □ **¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico debido a alguna enfermedad seria o crónica?**
(Are you currently under medical care for a serious illness or chronic medical condition? If yes, describe)
Si es sí, describelo, _____

□ □ **¿Has tenido alguna cirugía?** (Have you had surgery)
Si es sí, ¿qué tipo de cirugía? _____
(If yes, what kind?)

□ □ **¿Alguna vez fuiste admitido al hospital?**
(Have you been admitted to the hospital? If yes, reason?)
Si es sí, ¿por qué motivo? _____

□ □ **¿Has tenido transfusiones de sangre o algunos de sus derivados antes de 1991?**
(Had any transfusions of blood/blood products before 1991)

□ □ **¿Utilizas otro medico diferente al nuestro?**
(Do you have another health care provider? If yes, where?)
Si es sí, ¿cuál? _____

¿Ha recibido las siguientes vacunas?
(Have you been immunized for)

Sí/Yes **No** **No sé**/Don't Know

□ □ □ **Rubeola (triple vírica)**
(Rubella/German measles)

□ □ □ **Hepatitis B**

¿Has tenido o tienes algunas de las siguientes enfermedades? (In the past have you had, or do you now have)**:**

Sí/Yes **No**

□ □ **Asma/neumopatía** (Asthma/lung disease)

□ □ **Cardiopatía/infarto de miocardio**
(Heart disease/heart attack)

□ □ **Presion Alta** (High blood pressure)

□ □ **Colesterol alto o alto contenido de grasa en la Sangre** (High cholesterol)

□ □ **Anemia u otra hemopatía** (Anemia/blood disorder)

□ □ **Anemia drepanocítica** (Sickle cell disease or trait)

□ □ **Talasemia** (Thalassemia disease or trait)

□ □ **Apoplejía** (Stroke/mini stroke)

□ □ **Migraña (determinada clínicamente)**
(Doctor diagnosed migraine)

□ □ **Otro tipo de dolores de cabeza severos**
(Other severe headaches)

Sí/Yes **No**

- ☐ ☐ **Otro tipo de problemas neurológicos** (Other neurologic problems)
- ☐ ☐ **Lupus o artritis** (Lupus or arthritis)
- ☐ ☐ **Depresión** (Depression)
- ☐ ☐ **Otro tipo de problemas mentales** (Other mental health problems)
- ☐ ☐ **Obesidad, bulimia o anorexia** (Obesity/bulimia/anorexia)
- ☐ ☐ **Afecciones estomacales o intestinales** (Stomach or bowel disease)
- ☐ ☐ **Enfermedades del higado o vesicula** (Liver/gall bladder disease)
- ☐ ☐ **Problemas de tiroides** (Thyroid disease)
- ☐ ☐ **Enfermedades del riñon** (Kidney disease)
- ☐ ☐ **Diabetes**
- ☐ ☐ **Infecciones urinarias o renales** (Urine or Kidney infection)
- ☐ ☐ **Cancer** (Cancer) **Tipo** (Type) _____
- ☐ ☐ **Enfermedades del seno** (Breast disease)
- ☐ ☐ **Fibroides del útero** (Uterine fibroids)
- ☐ ☐ **Quistes ováricos** (Ovarian cyst)
- ☐ ☐ **Endometriosis**
- ☐ ☐ **Papanicolaou abnormal** (Abnormal Pap Smear)
  Si es sí, ¿cuándo? (When?) _____
  ¿Ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes dolencias? (Treatment?) _____
- ☐ ☐ **Infecciones transmitida sexualmente** (STI)

Si la respuesta es sí, especifique (If yes, specify)**:**

☐ **Clamidia** (Chlamydia) ☐ **Gonorrea** (Gonorrhea) ☐ **Herpes**

☐ **Sífilis**(Syphilis) ☐ **VIH**(HIV) ☐ **Tricomoniasis**(Trichomoniasis)

☐ **Portador de hepatitis B** (Hepatitis B carrier)

☐ **Verrugas genitales, HPV** (Genital Warts/HPV)

☐ **Otro** (Other) _____

HISTORIA FAMILIAR (Family History)

☐ **Soy adoptada (omita esta sección)** (I'm adopted; skip section)

¿Alguien de su familia inmediata ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Anyone in your immediate family had)

Si la respuesta es sí, especifique el tipo de relación. (M) para madre; (F) para padre; (B) para hermano; (S) para hermana; (C) hijo. (If yes, please indicate relationship as (M) mother; (F) father; (B) brother; (S) sister; (C) child.

☐ **Diabetes** _____

☐ **Presión alta** (High blood pressure) _____

☐ **Apoplejía / Derrame celebral** (Stroke) _____

☐ **Colesterol alto** (High cholesterol) _____

☐ **Ataque cardíaco** (Heart attack) _____

☐ **Cáncer de ovario** (Ovarian cancer) _____

☐ **Cáncer de mama** (Breast cancer) _____

☐ **Cáncer de útero** (Uterine cancer) _____

☐ **Cáncer de colon** (Colon cancer) _____

☐ **Osteoporosis (debilitación de los huesos)** _____
(Osteoporosis (thinning of bones)

Si nació antes de 1971, ¿su madre tomó la hormona DES durante su embarazo? (If you were born before 1971, did your mother take DES hormone when she was pregnant with you?)

☐ **Sí** (Yes) ☐ **No** (No) ☐ **No sé** (Don't know) ☐ **Nací después de 1971** (Born after 1971)

HISTORIA SOBRE VIDA SOCIAL Y RIESGOS DE SALUD (Social and Health Risk History)

Sí/Yes **No**

- ☐ ☐ **¿Fuma cigarrillos o cigarros?** (Do you smoke cigarettes/cigars; If yes, how many per day)
  Si es sí, ¿cuántos por día? _____
- ☐ ☐ **¿Consume bebidas alcohólicas?** (Do you drink alcohol; If yes, how often? how many per day)
  Si es sí, ¿con qué frecuencia? _____
  ¿Qué cantidad? _____
- ☐ ☐ **¿Consume drogas ilícitas?** (Do you use street drugs; If yes, what and how often?)
  Si es sí, ¿qué tipo de drogas? ¿con qué frecuencia? _____
- ☐ ☐ **¿Ha cometido alguna vez abusos con el alcohol o las drogas?** (Have you ever had a problem with alcohol or drugs?)
- ☐ ☐ **¿Usted, o alguno de sus compañeros sexuales, ha utilizado alguna vez drogas inyectables?** (Have you or any sexual partners ever used IV drugs?)
- ☐ ☐ **¿En tú trabajo estas expuesta al contacto de sangre o de sus derivados?** (Do you have exposure to blood or blood products at work?)
- ☐ ☐ **¿Desea conversar hoy sobre algúna violación o abuso sexual (incluye físico o emocional)?** (Do you want to discuss sexual assault, rape, or abuse today)
- ☐ ☐ **¿Tiene <u>en este momento</u> una relación en la que la lastimen, amenacen o no se sienta segura?** (Are you currently in a relationship where you have been hurt, threatened, or do not feel safe?)
- ☐ ☐ **¿Utiliza el cinturón de seguridad?** (Use seatbelts?)
- ☐ ☐ **¿Se examina usted los senos regularmente?** (Do you check your breasts regularly; If yes, how often?)
  Si es sí, ¿con qué frecuencia? _____
- ☐ ☐ **¿Hace ejercicio?** (Do you exercise? Type and how often)
  Si es sí, ¿qué tipo de ejercicio? ¿con qué frecuencia? _____
- ☐ ☐ **¿Le preocupa su peso o sus costumbres alimenticias?** (Do you have concerns about your weight or eating habits?)
  Si es sí, especifique. _____

La información consignada arriba es verdadera y correcta.
(To the best of my knowledge, this information is correct.)

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
(Patient Signature) (Date)

Chequeo médico _____ **Fecha** _____
(Clinician Review) (Date)