

## HOJA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE *(Client Information Sheet)*

<b>Apellido legal/ Legal Last name</b>		<b>Nombre legal/ Legal First Name</b>		<b>Inicial del segundo nombre/ MI</b>	
<b>Dirección/ Address</b>					
<b>Ciudad/ City</b>		<b>Estado/ State</b>		<b>Código postal/ Zip Code</b>	
<b>Número de teléfono preferido / Preferred Phone #</b>		<b>Tipo de teléfono (rodee uno)</b>			
		<b>De casa/ Home</b>		<b>Del trabajo/ Work</b>	
		<b>Móvil/ Cell</b>		<b>Buscapersonas/ Pager</b>	
<b>Número de teléfono alternativo / Alternate Phone #</b>		<b>Tipo de teléfono (rodee uno)</b>			
		<b>De casa/ Home</b>		<b>Del trabajo/ Work</b>	
		<b>Móvil/ Cell</b>		<b>Buscapersonas/ Pager</b>	
<b>¿Dónde aprendistes de Planned Parenthood? / How did you hear about Planned Parenthood?</b>					
<b>¿Cómo debemos de identificarnos cuando le llamamos? (Por si contesta otra persona que no es Usted.) / How should we identify ourselves when calling?</b>			<b>Tipo de sobre que quiere que usemos para envíos a su residencia / Type of Envelopes We Should Use for Mailings</b>		
Planned Parenthood/ Planned Parenthood			Insignia de Planned Parenthood/ PP Logo		
"Es la oficina de su médico" / Dr. Office			Sobre simple/ Plain Envelopes		
Otro/ Other: _____					
<b>Número de la seguridad social/ Social Security Number</b>		<b>Fecha de nacimiento/ Date of Birth</b>		<b>Necesario: Sexo (rodee uno) / Sex</b>	
				<b>Masculino / Male</b>	
				<b>Feminina / Female</b>	
				<b>Opcional: Identidad sexual (rodee uno) / Gender Identity</b>	
				<b>Hombre / Man</b>	
				<b>Mujer / Woman</b>	
<b>Nombre de su médico/ Primary Care Physician</b>			<b>Número de teléfono de su médico/ PCP phone #</b>		
<b>Persona de contacto en caso de una emergencia/ Emergency Contact</b>		<b>Relación que tiene con Usted/ Relationship to you</b>		<b>Número de teléfono para contacto de emergencia/ Emergency Contact Phone#</b>	
				<b>Tipo de teléfono (rodee uno)</b>	
				<b>De casa/ Home</b>	
				<b>Del trabajo/ Work</b>	
				<b>Móvil/ Cell</b>	
				<b>Buscapersonas/ Pager</b>	
				<b>Otro/ Other</b>	
<b>¿De que raza es Usted? (compruebe uno o más caja) / What is Your Race?</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Indio Americano/ American Indian</b>		<input type="checkbox"/> <b>Asiático/ Asian</b>		<input type="checkbox"/> <b>Negro Americano/ Africano/ Black/ African American</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Nativo de Alaska/ Alaskan Native</b>		<input type="checkbox"/> <b>Blanco/ White</b>		<input type="checkbox"/> <b>Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico/ Native Hawaiian or Pacific Islander</b>	
<b>¿Es Ud. de origen Hispano? (rodee uno) / Hispanic Origin?</b>					
<b>SÍ NO</b> Yes No					
<b>Idioma primaria/ Primary Language</b>		<b>Idioma secundario/ Secondary Language</b>		<b>Estado civil (rodee uno) / Marital Status</b>	
				<b>Soltero/a / Single</b>	
				<b>Casado/a / Married</b>	
				<b>Divorciado/a / Divorced</b>	
<p>Certifico que la información precedente es verídica, correcta y completa según mi conocimiento. Por este medio doy permiso a Planned Parenthood de Maryland el derecho a cualquier información o el reembolso para los servicios médicos proporcionados por sus médicos y personal clínico. Entiendo que soy responsable de cualquier honorario que sea rechazado por mi compañía de seguros y por el cuál Planned Parenthood de Maryland no recibió ningún pago. También doy mi permiso para la duplicación de los expedientes médicos para propósitos de seguro. Comprendo que Planned Parenthood of Maryland tiene la obligación de informar a agencias gubernamentales apropiadas si sospecha que soy o he sido una víctima de abuso o negligencia durante mi niñez, o cuando era un menor, aunque ahora sea mayor de edad.</p>					
<b>Firma: X _____</b>			<b>Fecha: _____</b>		
<b>Deberá presentar una identificación con foto, su verificación de ingresos, o su tarjeta de seguro médico al personal administrativo de esta oficina.</b>					
<b>Si usted tiene seguro médico por favor rellene la siguiente hoja. →</b>					

<b>SEGURO MEDICO PRIMARIO (PRIMARY INSURANCE SECTION)</b>		
<b>Nombre del seguro/Insurance Name</b>		<b>Titular de la póliza de seguro/Policy Holder</b>  <b>Relacion a Usted:</b> _____ <i>Relationship to You</i>
<b>Nombre del titular (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Name (if other than self)</b>		<b>Dirección del titular de la póliza de seguro (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Address (if other than self)</b>
<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Date of Birth</b>	<b>Número de seguridad social del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's SSN</b>	<b>Empleador del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Employer</b>
<b>SEGURO MEDICO SECUNDARIO (SECONDARY INSURANCE) -- Rellene sólo si tiene otro seguro médico</b>		
<b>Nombre del seguro médico secundario (si hay uno)/Secondary Insurance (if any)</b>		<b>Titular de la póliza de seguro/Policy Holder</b>  <b>Relacion a Usted:</b> _____ <i>Relationship to You</i>
<b>Nombre de Titular de Póliza de Seguro (del seguro secundario)/Policy Holder's Name (for secondary insurance)</b>		<b>Dirección del titular de la póliza de seguro (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Address (if other than self)</b>
<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Date of Birth</b>	<b>Número de seguridad social del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's SSN</b>	<b>Empleador del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Employer</b>



Affix Label Here

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD VOLUNTARIA DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD**

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complacerá conversar con usted para aclararle cualquier duda. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de interpretación del idioma con el fin de entender la información escrita y verbal que se me da durante mis consultas de cuidado de la salud. Entiendo que es posible que no haya ningún intérprete disponible inmediatamente y que Planned Parenthood of Maryland tenga que referirme a otras instalaciones del cuidado de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

He recibido información sobre la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) que me serán suministrados, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones y/o problemas posibles y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no comprendo y que un médico estará disponible para contestar a cualquier pregunta que pudiera tener.

No se me ha ofrecido garantía alguna con respecto a los resultados que podré obtener de los servicios que reciba. Entiendo que es mi decisión recibir o no estos servicios y que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios médicos de Planned Parenthood of Maryland.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual dan positivas, la ley obliga a informar a los organismos de salud pública.

Si es necesario recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamientos adicionales. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Me han informado cómo obtener atención en caso de emergencia.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en Planned Parenthood of Maryland *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud (Notice of Health Information Privacy Practices)*. Autorizo a que se use y se divulgue la información sobre mi salud según se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud*.

Por la presente acepto que una persona autorizada por Planned Parenthood of Maryland lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

Reconozco por la presente que recibí de Planned Parenthood of Maryland la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud.

Sírvase notar que Planned Parenthood of Maryland es una institución de enseñanza, y que personas que se están capacitando, podrán participar bajo una supervisión estricta, en algunos aspectos de su atención.

Firma del cliente **X** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Affix Label Here

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE ESTÁ OBLIGADO POR LEY A FIRMAR A CONTINUACIÓN

Firma de cualquier otra persona que otorgue autorización **X** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma.

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Chequeo de Métodos Anticonceptivos**  
*Birth Control Method Check*

Affix Label Here

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Motivo por la visita hoy** (*Reason for today's visit*): \_\_\_\_\_ **Edad (Age)**: \_\_\_\_\_

**Esta usando su método anticonceptivo ahora?**  **Si**  **No**  
**Si no lo esta usando, ¿cuando lo dejo de usar?** \_\_\_\_\_ **Y porqué?** \_\_\_\_\_  
*(Are you still using your birth control method? If not, when did you stop? Why?)*

**¿Qué método de anticoncepción está usando ahora?** (*What birth control method are you using?*) \_\_\_\_\_

**¿Por cuánto tiempo ha usado este método?** (*How long have you used this method?*) \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación?** \_\_\_\_\_  
**¿Fue normal? (duración, cantidad de sangre)?**  **Sí**  **No**  
*(What was the first day of your last menstrual period? Was it normal—timing, amount of bleeding?)*

**Por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde que empezó a usar este método:**  
*(Please indicate if you have had any of the following since starting this method:)*

Sí	No		Sí	No	
		<b>Cambios de dolor de cabeza</b> <i>(Change in headaches)</i>			<b>Náuseas</b> ( <i>Nausea</i> )
		<b>Dolor en el pecho</b> ( <i>Chest pain</i> )			<b>Dolores de estómago severos</b> <i>(Severe abdominal pain)</i>
		<b>Dolor en los brazos</b> ( <i>Arm pain</i> )			<b>Depresión</b> ( <i>Depression</i> )
		<b>Dolor en las piernas</b> ( <i>Leg pain</i> )			<b>Piel amarilla u ojos amarillos</b> <i>(Yellowing of skin or eyes)</i>
		<b>Cambios en la vista</b> ( <i>Visual changes</i> )			<b>Manchado/sangrando entre sus menstruaciones</b> ( <i>Bleeding between periods</i> )
		<b>Pérdida de sensación u hormigueo</b> <i>(Numbness or tingly feeling)</i>			

**¿Tiene preguntas sobre su método?** (*Do you have questions about your method?*)

**¿Ha usado su anticonceptivo tarde, o se le ha olvidado usarlo alguna vez?**  
*(Have you been late with or forgotten to use your contraception?)*

**¿Está tomando algún medicamento aparte del anticonceptivo? Si es así, especifique:**  
*(Are you on any medication other than birth control? If yes, list:)* \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido usted o su pareja una pareja nueva o más de una pareja sexual en los últimos tres meses?**  
**El número de parejas que ha tenido usted en los últimos 12 meses ha sido:** \_\_\_\_\_  
**Sus parejas sexuales son:**  **Hombres**  **Mujeres**  **Hombres y Mujeres**  **Travestis**  
*(Have you or your partner had a new or more than one sexual partner in the past 3 months?)*  
*# of partners you have had in past 12 months: Partners are: \_ Men \_ Women \_ Both \_ Trans)*

**¿Alguna vez su pareja manipuló sus anticonceptivos o trató de que usted quedara embarazada contrariamente a sus deseos?** (*Has your partner ever messed with your birth control or tried to get you pregnant when you didn't want to be?*)

**¿Se protege Ud. de enfermedades por transmisión sexual? Si es así, ¿cómo?**  
*(Do you protect yourself from STIs? If yes, how?)* \_\_\_\_\_

**¿Fuma Ud. cigarrillos, cigarros, pipas, o mastica tabaco? ¿Cuánto cada día?**  
*(Do you smoke cigarettes, cigars, pipes, or chew tobacco? How much per day?)* \_\_\_\_\_

**¿Sabe Ud de Anticoncepción de Emergencia (EC según las siglas en inglés), y que se puede comprar sin receta si es mayor o igual 17 años? ¿Sabe cuándo y cómo se puede usar?**  
*(Are you familiar with Emergency Contraception (EC) and that you can buy it without a prescription if you are ≥17? Do you know when and how it can be used?)*

**RELLENE ESTA SECCIÓN SI ES MENOR DE 18 AÑOS**

**Sí** **No**

**¿Sabén su(s) padre(s)/guardián(es) que ha acudido a Planned Parenthood de Maryland?**  
*(Are your parent(s)/guardian(s) aware of your visit to Planned Parenthood of Maryland?)*

**¿Está en una relación en la cuál está forzada a tener relaciones sexuales?**  
*(Are you in a relationship where you are being forced to have sex?)*

**FIRMA DEL CLIENTE**

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES COMPLETA Y VERDADERA DE ACUERDO A MIS CONOCIMIENTOS.

X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Affix Label Here

Client's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Sólo Para Uso de Oficina**  
**\*\*\* Staff Use Only \*\*\***

**SUBJECTIVE (HPI) – *Extended HPI***  
**HCA COMMENTS**

Hx Reviewed HCA Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**CLINICIAN COMMENTS**

Hx Reviewed Clinician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

