

## 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>¿Como 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 "Es la oficina de su médico" / Dr. Office Otro/ Other: _____			Insignia de Planned Parenthood / PP Logo Sobre simple / Plain Envelopes		
<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>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>Asiatico/ 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</b> <b>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 \_\_\_\_\_





Affix Label Here

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

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

HISTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
<b>Marque todos los métodos anticonceptivos que ha usado:</b> <i>(Check all birth control methods you have used)</i> <input type="checkbox"/> Píldora (Pill) <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino (IUC) <input type="checkbox"/> Condones (Condom) <input type="checkbox"/> Esterilización (Sterilization) <input type="checkbox"/> Depo Provera (Depo) <input type="checkbox"/> Diafragma (Diaphragm) <input type="checkbox"/> Parche (Patch) <input type="checkbox"/> Planificación familiar natural (Natural Family Planning) <input type="checkbox"/> Anillo vaginal (Ring) <input type="checkbox"/> Espermicida (Spermicide) <input type="checkbox"/> Retirarse (Withdrawal/Pull out) <input type="checkbox"/> Esponja (Sponge) <input type="checkbox"/> Norplant/Implanon (Norplant/Implanon) <input type="checkbox"/> Otro (Other) _____	
<b>¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo sin protección? (sin usar un condón ni un anticonceptivo) Fecha:</b> _____ <i>(When was the last time that you had unprotected sex (no condoms or other birth control?)</i>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>¿Usan Ud. o su pareja alguna forma de anticoncepción ahora? Si es así, cuál?</b> <i>(Do you or your partner use birth control now? If so, what?)</i> _____ <b>¿Por cuánto tiempo ha usado este método?</b> <i>(How long have you used this method?)</i> _____ <b>Si no usa ningún método, ¿por qué no?</b> <i>(If no method, why not?)</i> <input type="checkbox"/> Intentando tener un niño <i>(trying to get pregnant)</i> <input type="checkbox"/> Pareja(s) es (son) del mismo género <i>(partner(s) is same sex)</i> <input type="checkbox"/> Otro motivo <i>(other)</i> _____
	<b>¿Qué método de anticoncepción quisiera hoy?</b> <i>(What birth control method do you want today?)</i> _____ <input type="checkbox"/> No sabe <i>(Don't know)</i>
	<b>¿Espera Usted tener (más) hijos? Si es así, ¿cuando?</b> <input type="checkbox"/> En más de un año <input type="checkbox"/> En menos de un año <input type="checkbox"/> No esta segura <i>(Do you hope to have (more) children? If yes, when? _ More than one year _ Less than one year _ Unsure)</i>
	<b>¿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?</b> <i>(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?)</i>
HISTORIAL GINECOLÓGICO	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>¿Es éste su primer examen pélvico/ginecológico?</b> <i>(Is this your first pelvic (GYN) exam?)</i> <b>Fecha de su último Papanicolaou/citología:</b> _____ <i>(Date of last Pap)</i>
	<b>¿Alguna vez ha tenido un resultado de Papanicolaou que no fuera normal?</b> <i>(Have you ever had an abnormal pap smear?)</i> <b>Si es así, anote la fecha:</b> <i>(If yes, date)</i> _____ <b>Tratamiento (Treatment):</b> <input type="checkbox"/> Cryotherapy <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> Ninguno (None) <b>Papanicolaou de seguimiento (Follow-up Paps):</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Abnormal) <input type="checkbox"/> Ninguno (None)
	<b>¿Usa duchas vaginales?</b> <i>(Do you douche?)</i>
	<b>¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación normal?</b> <i>(What was the first day of your last normal menstrual period?)</i> <b>Edad cuando tuvo la primera menstruación</b> <i>(Age periods started)</i> <b>Tiene la menstruación cada</b> _____ <b>días y dura</b> _____ <b>días</b> <i>(Periods come every ___ days and last ___ days)</i> <b>Por favor, describa cualquier problema que ha tenido de la menstruación:</b> <i>(Please describe any problems you have had with your periods:)</i> _____

RELACIONES Y SERGURIDAD
<b>Violencia y abuso sexual son comunes en la vida de muchas personas. Existe ayuda para Ud. si está siendo herida o abusada. (Aviso: Esta organización, (PPM), esta obligada a denunciar casos de abuso o negligencia que han ocurrido a menores aunque ahora ya sean mayores de edad.)</b>
<b>Mi pareja me ha amenazado o asustado.</b> <i>(My partner has threatened or frightened me.)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Declined)
<b>¿Alguna vez su pareja manipuló sus anticonceptivos o trató de que usted quedara embarazada contrariamente a sus deseos?</b> <i>(Has your partner ever messed with your birth control or tried to get you pregnant when you didn't want to be?)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>¿Se rehusa su pareja a usar condones cuando usted se lo pide?</b> <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rehúso contestar <i>(Does your partner refuse to use condoms when you ask?)</i> <i>(Often) (Sometimes) (Never) (Decline)</i>
<b>¿Alguna vez su pareja la forzó o presionó a quedar embarazada contrariamente a sus deseos?</b> <i>(Has your partner ever tried to force or pressure you to become pregnant when you didn't want to be?)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>¿Tiene miedo de que su pareja le haga daño si le dice que tiene una ITS y que necesita recibir tratamiento?</b> <i>(Are you afraid your partner will hurt you if you tell him you have an STI and he needs to be treated?)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>¿Alguna vez fue abusada física o emocionalmente por su pareja o una persona importante en su vida?</b> <i>(Have you ever been physically or emotionally abused by your partner or someone important to you?)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>¿Alguna vez alguien la golpeó, le pegó una cachetada, la pateó o la lastimó físicamente de alguna otra manera durante el pasado año?</b> <i>(Have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone in the past year or, if you're pregnant, since you've been pregnant?)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>Durante el pasado año ¿la forzó alguien a tener sexo?</b> <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rehúso contestar <i>(Has anyone forced you to have sex in the past year?)</i> (Often) (Sometimes) (Never) (Decline)
<b>¿Le tiene miedo a su pareja?</b> <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <i>(Are you afraid of your partner?)</i> (Often) (Never)
<b>Mi pareja me ha amenazado o asustado.</b> <i>(My partner has threatened or frightened me.)</i> <input type="checkbox"/> A menudo (Often) <input type="checkbox"/> A veces (Sometimes) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Rehúso contestar (Decline)
<b>Por favor, continúe a rellenar el formulario por el otro lado de la página →</b>

Affix Label Here

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

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

SÍ		NO		
<b>HISTORIAL DE EMBARAZOS</b> <input type="checkbox"/> nunca ha estado embarazada <i>(never pregnant)</i>				
		<b>¿Está amamantando a un bebé ahora?</b> <i>(Are you breastfeeding now?)</i>		
		<b>¿Ha tenido un embarazo ectópico (tubárico) o molar?</b> <i>(Have you ever had an ectopic (tubal) or molar pregnancy?)</i>		
Nacimientos Mes/año (Mo/Yr)	Resultado del Embarazo (Pregnancy Result)		# de semanas de gestación (# weeks carried)	Peso al nacer (Birth wt)
	<input type="checkbox"/> Vaginal <i>(vaginal)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto natural <i>(miscarriage)</i>	<input type="checkbox"/> Cesáreo <i>(c-section)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto <i>(abortion)</i>
	<input type="checkbox"/> Vaginal <i>(vaginal)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto natural <i>(miscarriage)</i>	<input type="checkbox"/> Cesáreo <i>(c-section)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto <i>(abortion)</i>
	<input type="checkbox"/> Vaginal <i>(vaginal)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto natural <i>(miscarriage)</i>	<input type="checkbox"/> Cesáreo <i>(c-section)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto <i>(abortion)</i>
	<input type="checkbox"/> Vaginal <i>(vaginal)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto natural <i>(miscarriage)</i>	<input type="checkbox"/> Cesáreo <i>(c-section)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto <i>(abortion)</i>
	<input type="checkbox"/> Vaginal <i>(vaginal)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto natural <i>(miscarriage)</i>	<input type="checkbox"/> Cesáreo <i>(c-section)</i>	<input type="checkbox"/> Aborto <i>(abortion)</i>
<b>RELLENE ESTA SECCIÓN SI ES MENOR DE 18 AÑOS</b>				
SÍ		NO		
		<b>¿Saben su(s) padre(s)/guardián(es) que ha acudido a Planned Parenthood de Maryland?</b> <i>(Are your parent(s)/guardian(s) aware of your visit to Planned Parenthood of Maryland?)</i>		
<b>¿Hay algún otro problema del cual nos quiere hablar hoy? Explique por favor:</b> <i>(Are there other problems you'd like to discuss today? Please explain:)</i>				
<b>FIRMA DEL CLIENTE</b>				
YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA FACILITADA ES COMPLETA Y VERDADERA SEGÚN MIS CONOCIMIENTOS.				
X _____		Fecha: _____		

\*\*\* Sólo Para Uso de Oficina \*\*\*

HCA COMMENTS	
<input type="checkbox"/> Hx Reviewed	HCA Signature: _____ Date: _____
CLINICIAN COMMENTS	
<input type="checkbox"/> Hx Reviewed	Clinician Signature: _____ Date: _____