

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

Apellido legal/ Legal Last name		Nombre legal/ Legal First Name		Inicial del segundo nombre/ MI	
Dirección/ Address					
Ciudad/ City		Estado/ State		Código postal/ Zip Code	
Número de teléfono preferido / Preferred Phone #		Tipo de teléfono (rodee uno)			
		De casa/ Home		Del trabajo/ Work	
		Móvil/ Cell		Buscapersonas/ Pager	
Número de teléfono alternativo / Alternate Phone #		Tipo de teléfono (rodee uno)			
		De casa/ Home		Del trabajo/ Work	
		Móvil/ Cell		Buscapersonas/ Pager	
¿Dónde aprendistes de Planned Parenthood? / How did you hear about Planned Parenthood?					
¿Como debemos de identificarnos cuando le llamamos? (Por si contesta otra persona que no es Usted.) / How should we identify ourselves when calling?			Tipo de sobre que quiere que usemos para envíos a su residencia / Type of Envelopes We Should Use for Mailings		
Planned Parenthood/ Planned Parenthood			Insignia de Planned Parenthood/ PP Logo		
"Es la oficina de su médico" / Dr. Office			Sobre simple/ Plain Envelopes		
Otro/ Other: _____					
Número de la seguridad social/ Social Security Number		Fecha de nacimiento/ Date of Birth		Necesario: Sexo (rodee uno)/ Sex	
				Masculino / Male	
				Feminina / Female	
				Opcional: Identidad sexual (rodee uno)/ Gender Identity	
				Hombre / Man	
				Mujer / Woman	
Nombre de su médico/ Primary Care Physician			Número de teléfono de su médico/ PCP phone #		
Persona de contacto en caso de una emergencia/ Emergency Contact		Relación que tiene con Usted/ Relationship to you		Número de teléfono para contacto de emergencia/ Emergency Contact Phone#	
				Tipo de teléfono (rodee uno)	
				De casa/ Home	
				Del trabajo/ Work	
				Móvil/ Cell	
				Buscapersonas/ Pager	
				Otro/ Other	
¿De que raza es Usted? (compruebe uno o más caja) / What is Your Race?					
<input type="checkbox"/> Indio Americano/ American Indian		<input type="checkbox"/> Asiatico/ Asian		<input type="checkbox"/> Negro Americano/ Africano/ Black/ African American	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Alaskan Native		<input type="checkbox"/> Blanco/ White		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico/ Native Hawaiian or Pacific Islander	
¿Es Ud. de origen Hispano? (rodee uno) / Hispanic Origin?					
SÍ NO Yes No					
Idioma primaria/ Primary Language		Idioma secundario/ Secondary Language		Estado civil (rodee uno) / Marital Status	
				Soltero/a / Single	
				Casado/a / Married	
				Divorciado/a / Divorced	
<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>					
Firma: X _____			Fecha: _____		
Deberá presentar una identificación con foto, su verificación de ingresos, o su tarjeta de seguro médico al personal administrativo de esta oficina.					
Si usted tiene seguro médico por favor rellene la siguiente hoja. →					

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



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 _____

Visita de Prueba de Embarazo
Pregnancy Test Visit

Affix Label Here

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Motivo por la visita de hoy (Reason for today's visit): _____	
Edad (Age): _____	
¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? Fecha: _____ <i>(What was the first day of your last menstrual period?)</i>	
¿Fue normal (duración, cantidad de sangre)? <i>(Was it normal--timing, amount of bleeding?)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mi última menstruación llegó <i>(My last period was):</i>	
<input type="checkbox"/> A tiempo <i>(On time)</i> <input type="checkbox"/> Antes de tiempo <i>(Early)</i> <input type="checkbox"/> Tarde <i>(Late)</i>	
La cantidad de sangre fue <i>(The amount of bleeding was):</i>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Menos de lo normal <i>(Lighter)</i> <input type="checkbox"/> Más de lo normal <i>(Heavier)</i>	
¿Se protege usted del embarazo? <i>(Do you protect yourself from pregnancy?)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, ¿cómo? <i>(If yes, how?)</i> _____	
Fecha de sus últimas relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo: _____ <i>(Date of last sex without a birth control method:)</i>	
Sí	No
	¿Suele tener la menstruación todos los meses? <i>(Are your menstrual cycles usually monthly?)</i>
	¿Estaba usando un método anticonceptivo cuando cree que se quedó embarazada? <i>(Were you using a method of birth control when you think you may have become pregnant?)</i>
	¿Se ha hecho una prueba de embarazo en casa? <i>(Have you taken a home pregnancy test?)</i> Si es así, ¿cuando se lo hizo? <i>(when)</i> _____ ¿Cuál fue el resultado? <i>(Result):</i> _____
	¿Desea estar embarazada? <i>(Do you want to be pregnant?)</i> <input type="checkbox"/> Indecisa <i>(Undecided)</i> <input type="checkbox"/> En el futuro <i>(In the future)</i>
	¿Ha estado embarazada antes? <i>(Have you been pregnant before?)</i> ____ Si es así, ¿cuántas veces ha dado a luz? <i>(live births)</i> ____ # de abortos <i>(abortions)</i> ____ # de abortos naturales <i>(miscarriages)</i> ____ # de nacidos muertos <i>(still births)</i> ____ # de embarazos tubáricos <i>(tubal pregnancies)</i>
	Si su prueba de embarazo es negativa, ¿estaría interesada en empezar a usar un método de anticoncepción? <i>(If your pregnancy test is negative, would you be interested in starting birth control? *)</i> <input type="checkbox"/> No esta segura <i>(Undecided)</i> <input type="checkbox"/> Ya está tomando anticonceptivos <i>(Already on birth control)</i> _____
	¿Ha manchado o sangrado desde su última menstruación? <i>(Since your last period have you had any bleeding or spotting? **)</i>
	¿Ha tenido una infección pélvica (no nos estamos refiriendo a hongos, o a la vaginosis bacteriana)? <i>(Have you had a pelvic infection--not yeast, not bacterial vaginosis? **)</i>
	¿Desde su última menstruación ha experimentado dolores abdominales en un sólo lado de su abdomen? <i>(Since your last period, have you had any one-sided abdominal pain? **)</i>
	¿Ha sufrido un apéndice reventado? <i>(Have you had a ruptured appendix? **)</i>
	¿Ha tenido una ligadura de trompas u otra operación de las trompas de Falopio? <i>(Have you had a tubal ligation (tubes tied) or any other surgery on your tubes? **)</i>

Por favor, continúe a rellenar el formulario por el otro lado de la página →

HCA:

* Give patient HOPE form, as needed

** If yes and positive pregnancy test, clinician must review form prior to client discharge. Give client PPMFS 211, CI: Ectopic Pregnancy, if directed by clinician.

Affix Label Here

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

RELACIONES Y SEGURIDAD

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.)

Mi pareja me ha amenazado o asustado. **A menudo** **A veces** **Nunca** **Rehúso contestar**
(My partner has threatened or frightened me.) (Often) (Sometimes) (Never) (Decline)

¿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?)* **A menudo** *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

¿Se rehusa su pareja a usar condones cuando usted se lo pide? **A menudo** **A veces** **Nunca** **Rehúso contestar**
(Does your partner refuse to use condoms when you ask?) (Often) (Sometimes) (Never) (Decline)

¿Alguna vez su pareja la forzó o presionó a quedar embarazada contrariamente a sus deseos? *(Has your partner ever tried to force or pressure you to become pregnant when you didn't want to be?)*
 A menudo *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

¿Tiene miedo de que su pareja le haga daño si le dice que tiene una ITS y que necesita recibir tratamiento? *(Are you afraid your partner will hurt you if you tell him you have an STI and he needs to be treated?)*
 A menudo *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

¿Alguna vez fue abusada física o emocionalmente por su pareja o una persona importante en su vida? *(Have you ever been physically or emotionally abused by your partner or someone important to you?)*
 A menudo *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

¿Alguna vez alguien la golpeó, le pegó una cachetada, la pateó o la lastimó físicamente de alguna otra manera durante el pasado año? *(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?)*
 A menudo *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

Durante el pasado año ¿la forzó alguien a tener sexo? *(Has anyone forced you to have sex in the past year?)*
 A menudo *(Often)* **A veces** *(Sometimes)* **Nunca** *(Never)* **Rehúso contestar** *(Decline)*

¿Le tiene miedo a su pareja? **A menudo** **A veces** **Nunca** **Rehúso contestar**
(Are you afraid of your partner?) (Often) (Sometimes) (Never) (Decline)

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?)

FIRMA DEL CLIENTE

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

X _____ **Fecha:** _____

***** Sólo Para Uso de Oficina *****

SUBJECTIVE (HPI) – Brief HPI

HCA COMMENTS: _____

Hx Reviewed New Est HCA Signature: _____ Date: _____

CLINICIAN COMMENTS: _____

Hx Reviewed Clinician Signature: _____ Date: _____

Affix Label Here

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

*** Sólo Para Uso de Oficina ***

OBJECTIVE (PE)		
LMP: _____ UPT: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Inconclusive If positive, EGA by LMP _____ EGA by bi-manual _____ EDD _____	<input type="checkbox"/> A & O x 3 <input type="checkbox"/> NAD <input type="checkbox"/> Apparent distress: _____	LABS SENT OUT: <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> Other _____
ASSESSMENT		
<input type="checkbox"/> Client desires to continue pregnancy <input type="checkbox"/> Client desires to terminate pregnancy <input type="checkbox"/> Client desires adoption <input type="checkbox"/> Undecided <input type="checkbox"/> Risk factors for ectopic pregnancy		
<input type="checkbox"/> UPT Negative		
PLAN		
If pregnancy test was positive: <input type="checkbox"/> Options discussed and info given for <input type="checkbox"/> Prenatal care <input type="checkbox"/> Abortion <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Provided info on early prenatal care, including folic acid <input type="checkbox"/> Rx given for prenatal vitamins <input type="checkbox"/> Reviewed signs and symptoms of ectopic pregnancy and miscarriage <input type="checkbox"/> Birth control information given <input type="checkbox"/> Condoms offered / encouraged	If pregnancy test was negative: <input type="checkbox"/> Advised to repeat UPT in _____ <input type="checkbox"/> Contraception options reviewed, including abstinence <input type="checkbox"/> EC CIIC given ** <input type="checkbox"/> BCM (Contra Choices) information given <input type="checkbox"/> Folic acid/prenatal vitamin info given <input type="checkbox"/> Client encouraged to RTC for yearly exams, if appropriate <input type="checkbox"/> HOPE appt offered <input type="checkbox"/> Hope visit done today – see HOPE form <input type="checkbox"/> Condoms use encouraged/offered <input type="checkbox"/> If no unexplained menses x 3 months, advised follow-up <input type="checkbox"/> Preconception counseling CIICs/CIIs provided in language other than English: <input type="checkbox"/> Spanish Other CIICs/CIIs/Education: <input type="checkbox"/> CIIC: Pregnancy Testing, Options Couns <input type="checkbox"/> CI: Ectopic Pregnancy <input type="checkbox"/> _____ ** As of current year's MS&Gs	Clinician Comments: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Other: <input type="checkbox"/> Safety Card Given <input type="checkbox"/> HPV Vaccine Information Given <input type="checkbox"/> Reproductive Life Plan discussed <input type="checkbox"/> Interpretation provided by PPM <input type="checkbox"/> Interpretation provided by client's preferred interpreter (_____) Total time spent with clinician: _____ (<input type="checkbox"/> Spent >50% of the time counseling/education) Signature: _____ Date: _____
If under 18, parental involvement <input type="checkbox"/> previously indicated <input type="checkbox"/> encouraged		