

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 "Es la oficina de su médico" / Dr. Office Otro/ Other: _____			Insignia de Planned Parenthood / PP Logo Sobre simple / Plain Envelopes		
Número de la seguridad social/ Social Security Number		Fecha de nacimiento/ Date of Birth		Necesario: Sexo (rodee uno) / Sex	
				Masculino / Male Feminina / Female	
				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 _____

Historial de Servicios Limitados
Limited Services History

- Algunas de las siguientes preguntas son personales, pero nos ayudan a evaluar su salud
- Si ha contestado a estas preguntas durante una visita previa y no ha habido ningún cambio en su historial de salud, por favor, marque la caja de "ningún cambio" en esa sección.

Motivo por la visita de hoy (Reason for today's visit): _____

Edad (Age): _____

HISTORIAL MÉDICO		HISTORIAL SEXUAL	
Ningún cambio desde la última visita (No change since last visit)		¿Qué usa para protegerse de enfermedades de transmisión sexual? (What are you using to protect yourself from STIs?)	
Sí	No	Sí	No
	Es Ud. alérgica a (Are you allergic to): látex (latex) Medicamento (especifique, por favor) (medication--please list) _____		¿Está teniendo relaciones sexuales ahora? Marque todas las cajas apropiadas. (Are you sexually active now? Check all that apply.) Vaginal Anal Oral Juguetes sexuales Fecha de la última vez que tuvo sexo _____ (Date of last sex)
	¿Ha recibido cuidado médico para alguna enfermedad o condición crónica? Si es así, describa, por favor: _____ (Have you been under a provider's care for any illness or chronic condition? If yes, describe.)		¿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)
	¿Está tomando medicamentos (medicinas, vitaminas, anticonceptivos, medicamentos que se compran sin receta, o medicina de hierbas)? Si es así, por favor especifique: (Are you taking any medications (drugs, vitamins, over the counter medication, and herbal medication)? If yes, please list:)		¿Ha tenido una enfermedad por transmisión sexual? Si es así, marque por favor: (Have you ever had an STI?) Clamidia Gonorrea Verrugas genitales (Genital Warts) Papilomavirus Humano (Cervical HPV) Hepatitis B o C Herpes VIH (HIV) Sífilis (Syphilis) Tricomoniasis Otra _____
HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES		HISTORIAL SOCIAL	
Ningún cambio desde la última visita (No change since last visit)		Ningún cambio desde la última visita (No change since last visit)	
Año	Motivo	Sí	No
HISTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		Uso de Nicotina, Alcohol, y/o Drogas	
Sí	No		
	¿Espera Usted tener (más) hijos? Si es así, ¿cuando? <input type="checkbox"/> En más de un año <input type="checkbox"/> En menos de un año <input type="checkbox"/> No esta segura (Do you hope to have (more) children? If yes, when? _ More than one year _ Less than one year _ Unsure)		¿Fuma Ud. cigarrillos, cigarros, pipas, o mastica tabaco? ¿Cuántos al día? _____ (Smoke cigarettes, cigars, pipes, or chew tobacco? #/day?)
	¿Usan Ud. o su pareja alguna forma de anticoncepción ahora? Si es así, cuál? (Do you or your partner use birth control now? If so, what?) _____ ¿Por cuánto tiempo ha usado este método? (How long have you used this method?) _____ Si no usa ningún método, ¿por qué no? (If no method, why not?) Intentando tener un niño (trying to get pregnant) Pareja(s) es (son) del mismo género (partner(s) is same sex) Otro motivo (other) _____		¿Toma Ud. alcohol (cerveza, vino, licor)? ¿Cuántas bebidas alcohólicas a la semana? _____ (Drink alcohol - beer, wine, liquor -- drinks per week)
	¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que está usando ahora? (Are you happy with your current birth control method?)		¿Usan Ud. o su pareja drogas ilegales y/o drogas por vía intravenosa? (Do you or your partner use street or IV drugs?)
	¿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?)		¿Cree que debería reducir su consumo de alcohol/drogas? (Do you feel like you should cut down or stop using alcohol/drugs?)

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

