

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 _____ Last Name _____
Primer Nombre _____ Apellido _____
Address _____ County _____
Dirección _____ Condado _____
City _____ State _____ Zip _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
SS# _____ Date of Birth _____
de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

House Hold Income _____ Yearly Monthly Weekly
Ingreso de la casa \$ _____ Anual Mensual Semanal

Family Size _____ How many are children(s) _____
Cuantos son en tu Familia _____ Cuantos son niño(s) _____

Home phone _____ Work phone _____
Numero de teléfono (____)____-____ Numero del trabajo (____)____-____
Emergency contact Phone number _____ Emergency contact Name _____
Numero de contacto de emergencia (____)____-____ 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 _____ Street address ONLY _____ NO return address _____ NO mail _____
 Dirección completa dé retorno Solamente la dirección de la calle SIN dirección 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 _____ Saying Doctor's Office _____ Saying it's a friend _____ NO calls _____
 Diciendo Planned Parenthood Diciendo oficina de doctor Diciendo que es una amiga Ninguna llamadas

Please check all that apply
Por favor marque todo que aplica

Sex	Female	Male				
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino				
Race	American Indian or Alaskan Native	Asian	Black or African American	Native Hawaiian or Pacific Islander	White	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Moreno o Americano Africano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco	
Hispanic	Yes - Hispanic or Latin	Not - Hispanic nor Latin	Unknown			
Hispano	<input type="checkbox"/> Si - Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No - Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No sabes			
Marital Status	Divorced	Living together	Married	Separated	Single	Widowed
Estado Marital	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Viven juntos	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Viuda
Referral	Family o Friend	Hospital	Hot Line	Media	Other patient	Phone book
Referido	<input type="checkbox"/> Familia o Amiga	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Línea Abierta	<input type="checkbox"/> Medio de comunicación	<input type="checkbox"/> Otra paciente	<input type="checkbox"/> Libro de teléfono
	Outreach	Private Doctor	Welfare			
	<input type="checkbox"/> Alcance	<input type="checkbox"/> Médico privado	<input type="checkbox"/> Welfare			
Language	English	Other	Interpreter Needed			
Idioma	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Necesito un Interprete			
Student	Yes	No	Highest grade f school you completed			
Estudiante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Grado mas alto que ha completado en la escuela _____			

Historia Medico de Aborto (Abortion Medical History)

¿Fecha del ultimo periodo menstrual? _____

(Date of Last Menstrual Period)

¿Este periodo fue normal? Sí/Yes No

(Was this period normal)

¿Prueba de embarazo positiva? (Positive Pregnancy test)

 Laboratorio (Clinic) Casa (Home) Fecha (date) _____**Ha usted padecido:** (Have you ever had)

Sí(Yes)/NO

- Asma/Enfermedad Pulmonar** (Asthma/Lung disease)
- Tuberculosis/Neumonía** (TB/Pneumonia)
- Enfermedad cardiaca/Ataque al Corazon/Soplos**
(Heart disease/Heart Attack/Murmur/MVP)
- Hipertensión arterial** (High blood pressure)
- Colesterol alto/Triglicéridos**
(High cholesterol/triglycerides)
- Coágulos en venas/Pulmones/Venas varicosas**
(Blood clots in veins/lungs/varicose veins)
- Enfermedad hepática/Hepatitis**
(Liver disease/Hepatitis)
- Problemas en riñón/Vejiga/Urinaris**
(Kidney/Bladder/Urinary problem)
- Problemas en estomago/Intestino/Ulceras**
(Stomach/Intestinal problems/Ulcer)
- Enfermedad de la vesicular biliar**
(Gall bladder disease)
- Problemas en glándulas suprarrenales/insuficiencias** (Adrenal failure/insufficiency)
- Infecciones vaginales frecuentes**
(Frequent Vaginal infections)
- Fibrosis Uterina/crecimientos anormales**
(Uterine fibroids/growth)
- Infección en Útero/en Trompas de Falopio/PID**
(Infection of Uterus or Tubes/PID)
- Enfermedad mamaria/Tumores/Cirugías**
(Breast disease/Tumor/Surgery)
- Papanicolaou anormal** (Abnormal Pap Smear)
- STI/Clamidia/Gonorrea** (STI/Chlamydia/Gonorrhea)
- Embolia** (Stroke)
- Migraña/Frecuentes Dolores de cabeza**
(Migraines/Frequent headaches)
- Ataques/Epilepsia/Convulsiones**
(Seizures/Epilepsy/Convulsions)
- Anemia/Enfermedades de la sangre**
(Anemia/Blood disorders/Sickle Cell Disease/Trait)
- Problemas de Tiroides** (Thyroid problems)
- Diabetes** (Diabetes)
- Positivo SIDA** (HIV positive)
- Cáncer** (Cancer) Tipo (Type) _____
- Cirugías previas/Hospitalizaciones**
(Previous Surgeries/Hospitalizations)
- Cualquier enfermedad crónica/Condiciones medicas** (Any Chronic Illness/Medical Condition)

Tienes alergias a los siguientes componentes?

(Do you have any ALLERGIES to the following)

- NINGUNA** (NONE) **Látex** (Latex) **Aspirina** (Aspirin)
- Lidocaina** (Lidocaine) **Iodo** (Iodine) **Déme rol** (Demerol)
- Morfina** (Morphine) **Tetraciclina** (Tetracycline)
- Novocaína** (Novocain) **Penicilina** (Penicillin)
- Alergia a otras drogas, por favor mencione:**
(Other drugs, please list)

Staff Signature _____

G:\MedicalForms\History\AB Medical History-S-E.doc 1/05\MEDI010

Planned Parenthood Association of the Mercer Area¿Ha recibido anestesia antes? Sí/Yes No

(Have you had anesthesia before)

Si es sí, ¿Local? ¿General? (If yes, Local? General?)

¿Has tenido algunas problemas con la anestesia?

(Any problems with anesthesia) Sí(Yes) NO

¿Esta tomando algunos medicamentos o algunas drogas ahora? Incluyendo por tu propia cuenta, hierbas, vitaminas, remedies. Por favor mencione:

(Are you taking any medications or drugs? Include over-the-counter medication, herbals, vitamins. Please list)

¿Es usted adoptada? (Are you adopted)

Si es sí, Omite esta sección: (If yes, skip this section)

Han sus padres/hermanas/hermanos/o abuelo padecido:

(Have your parents/sister/brother/or grandparents ever had)

Sí(Yes)/NO

- Diabetes** (Diabetes)
- Cáncer (de Seno/Ovario/Útero/o en Colon)**
(Cancer-Breast/Ovarian/Uterine/or Colon)
- Colesterol alto/Triglicéridos** (High cholesterol/triglycerides)
- Ataque cardiaco/Enfermedades cardiacas**
(Heart attach/Heart disease)
- Embolias** (Stroke)
- Presión arterial alta** (High Blood Pressure)

Historia Social/Sexual: (Social/Sexual History)

Sí(Yes)/NO

- ¿Fumas cigarrillos? (Do you smoke cigarettes)
¿Numero al día? (#/day) _____
- ¿Uso de alcohol/drogas? (Alcohol/Drug Use)
Si es sí, especifique (If yes, type) _____
Cantidad por día (Amount per day) _____
- ¿Usted o sus parejas han compartido agujas o inyecciones con drogas?
(Have you or any of your partners shared needles to inject drugs)
- ¿Quisiera hablar de problemas relacionados a violación, abuso emocional, físico o sexual?
(Would you like to discuss problems related to rape or emotional/physical/sexual abuse)
- ¿En algún momento, su pareja le ha golpeado pateado, lastimado o amenazado?
(At any time, has your partner hit, kicked or hurt/ frightened you)

Historia de Embarazos: (Pregnancy History)

Número de embarazos (incluyendo este)

(Total number of pregnancies-include this one)

Numero de nacidos vivos; (# of live births)

Fechas (dates) _____

Numero de abortos naturales; (# miscarriages)

Fechas (dates) _____

Numero de abortos; (# of abortions)

Fechas (dates) _____

Numero de cesáreas; (# of C-sections)

Fechas (dates) _____

Numero de embarazos ectópicos (# ectopics)

(En las trompas, fuera del útero)

Fechas (dates) _____

Numero de hijos vivos; (# of children living)

¿Esta usted amamantando?(Are you breastfeeding) Sí/Yes NO¿Tuviste alguna complicación en algunas de tus embarazos? (Any complications during any pregnancy) Sí/Yes NO

Si es sí, especifique (If yes, what) _____

La historia medica ha sido completada fiel y de acuerdo con la**paciente.** (Medical History completed to best of my knowledge)**Firma de la paciente** _____

SOLO PARA EMPLEADOS – NO ESCRIBE DEBAJO

Date: _____

Patient Label: _____

SURGICAL ABORTION COUNSELING

Planned Parenthood Association of the Mercer Area

- All pregnancy options reviewed and discussed with patient.
 - Patient is confident and clear about decision to have abortion Sad /angry / ambivalent but clear about decision
 - Client informed about what to expect emotionally and physically before, during, and after abortion including that a range of emotions is normal
 - Support System assessed Client Offered additional resources (i.e. Exhale #, Backline #, other)
 - Client @ potential Risk of poor coping due to : _____
 - Client referred to social worker/elsewhere for additional assessment/counseling Client decided to defer or delay the abortion.
 - Request for Medical Services, reviewed and discussed, signed by patient.
 - Request for Surgery or Special Procedure given, reviewed and discussed with patient, signed and a copy offered.
 - In-Clinic Abortion-Suction CIIC reviewed and discussed w/ patient .Patient signed and copy offered. (Questions concerning risks of surgical procedure answered.)
 - Patient contact information reviewed for accuracy.
Rho (D) Immune Globulin information form given, reviewed and discussed YES NO Not Applicable
 - Vital signs taken and documented below.
 - Current medications and allergies documented below. Pregnancy history documented below.
 - Birth Control Methods reviewed and discussed.
Method Selected: _____ Informed Consent given and signed.
 - Local anesthetic discussed.
Previous experience with lidocaine? YES NO Allergic to lidocaine? YES NO
 - GC/Chlamydia testing offered. Patient : Accepted Declined
 - Patient's method of transportation home _____
 - Follow-up appointment scheduled for _____
 - Payment: Amount collected documented on super bill OR insurance copied and attached to super bill and lab form.
- Staff Notes: _____

Date _____

Signature, Title _____

PHYSICAL EXAMINATION

EXAM DEFFERED

Hgb _____ Rh Status _____ Ht. _____ Wt. _____ B/P _____ Pulse _____ Temp. _____

G _____ P _____ A _____ M _____ C-sec _____ Ectopic _____

Allergies _____

Current Medications _____

General _____
Heart Normal _____

External Genitalia Normal _____

Lungs Normal _____

Vagina Normal _____

Abdomen Normal _____

Cervix Normal _____

Breast Normal _____

Adnexa Normal _____

Uterus Size: _____
Position Mid Anteverted Retroverted

Pap Obtained Today Yes No

Osmotic Dilators(s) used Yes No

Misoprostol used buccal/oral/vaginal Yes No

Comments: _____

Date _____

MD Signature _____