

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

House Hold Income Ingreso de la casa \$ _____	Yearly <input type="checkbox"/> Anual	Monthly <input type="checkbox"/> Mensual	Weekly <input type="checkbox"/> Semanal
Family Size Cuantos son en tu Familia _____	How many are children(s) Cuantos son niño(s) _____		

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

Please check all that apply
Por favor marque todo que aplica

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

Motivo de su visita (The reason for your visit today) _____

¿Tiene alguna duda o problema que desee consultar hoy? Sí/Yes No
(Do you have any concerns or problems you wish to talk about today?)

Si la respuesta es sí, especifique (If yes, please explain). _____

¿Tiene algún tipo de **ALERGIA**? (Do you have any allergies?)

Ningunas alergias conocidas (No known allergies)

Alergia a (Allergy to):

Medicamentos (Medication) Látex (Latex)

Metales (Metals) Anestesia (Anesthesia) Otros (Other)

Por favor explique todos los detalles que pueda y el tipo de reacción (Please specify and include type of reaction):

HISTORIA DE CICLO MENSTRUAL (Menstrual History)

Fecha de **inicio** de su última menstruación: _____
(Date your last period **began**)

¿Con qué frecuencia tiene su ciclo menstrual? _____
(How often do you get a period?)

¿Cuántos días dura su menstruación? _____
(Number of days your periods last)

Cantidad de toallas sanitarias o tampones que utiliza durante los días de más flujo. _____
(Number of pads/tampons used on heaviest day)

Sí/Yes No

¿Su última menstruación fue normal?
(Was your last period normal? If no, explain)
Si es no, explique, _____

¿Sufres fuertes colicos menstruales?
(Do you get severe cramps with your period?)

¿Alguna vez te ha faltado el período?
(Do you miss periods?)

¿Sangras cuando no tienes el período?
(Do you bleed between periods?)

¿Te preocupa la posibilidad de estar embarazada AHORA?
(Are you concerned you may be pregnant now?)

¿Te haces duchas vaginales?
(Do you douche?)

HISTORIA MEDICA

¿Se le ha diagnosticado algún problema de salud después de su último chequeo médico realizado el día _____/_____/____? (Have you been diagnosed with any new health problems since your last medical history, dated?)

(Incluya los NUEVOS embarazos que haya habido después de esta fecha.) (Include any NEW pregnancies.)

Sí/Yes No

HISTORIA DE VIDA SEXUAL (Sexual History)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a medir su riesgo de cáncer de cuello uterino y de infecciones de transmisión sexual. Toda la información es confidencial. (Your answers to the following questions will help us assess your risk for cervical cancer and sexually transmitted infections (STI's). All information is confidential.)

Nunca he tenido relaciones sexuales (omita esta sección) (Never had sex; skip this section)

Tipo de actividad sexual que mantiene/Types of sexual activity

vaginal oral anal

Sus parejas sexuales actuales o pasados son:

(Are your current and past partners:)

hombres/male mujeres/female ambos/both

Sí/Yes No

Durante el año pasado, ¿ha tenido más de una pareja o una pareja nueva?
(Have you had more than one, or a new sexual partner in the past year?)

¿Usted o su pareja usan preservativos?
(Do you or your partner use condoms?)
Si es sí, Siempre De vez en cuando
(If yes, Every time Not every time)

¿Desea hoy una prueba de infecciones transmitida sexualmente o VIH?
(Do you want to be tested for an STI or HIV today?)

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre sexo que desee consultar hoy?
(Do you have questions/concerns about sex today?)

Haga una lista de todos los medicamentos que toma o utiliza con frecuencia (incluya los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los anticonceptivos y los suplementos de herboristería) (List all medication you are currently taking or use often, include over-the-counter medicines, vitamins, birth control, and any herbal supplements)

HISTORIA FAMILIAR (Family History)

¿Algún familiar **directo** ha padecido problemas de salud nuevos después de su última consulta? (Have any of your **immediate** family members been diagnosed with a new health problem since your last visit?)

Sí/Yes No

HISTORIA SOBRE VIDA SOCIAL Y RIESGOS DE SALUD (Social and Health Risk History)

Sí/Yes No

- ¿Fuma cigarrillos o cigarros?**
(Do you smoke cigarettes/cigars?)
Si es sí, ¿cuántos por día? _____
(If yes, how many per day?)
- ¿Consume bebidas alcohólicas?**
(Do you drink alcohol?)
Si es sí, ¿con qué frecuencia? _____
(If yes, how often?)
¿Qué cantidad? _____
(How many drinks?)
- ¿Consume drogas ilícitas?**
(Do you use street drugs?)
Si es sí, ¿qué tipo de drogas? ¿con qué frecuencia? _____
(If yes, what type and how often?)
- ¿Usted, o alguno de sus parejas sexuales, ha utilizado alguna vez drogas inyectables?**
(Have you or any sexual partners ever used IV drugs?)
- ¿En tú trabajo estas expuesta al contacto de sangre o de sus derivados?**
(Do you have exposure to blood or blood products at work?)
- ¿Desea conversar hoy sobre alguna violación o abuso sexual (incluye físico o emocional)?**
(Do you want to discuss sexual assault, rape, or abuse today; include physical and emotional abuse)
- ¿Tiene en este momento una relación en la que la lastimen, amenacen o no se sienta segura?**
(Are you currently in a relationship where you have been hurt, threatened, or do not feel safe?)
- ¿Utiliza el cinturón de seguridad?**
(Do you use seatbelts?)
- ¿Se examina usted los senos regularmente?**
(Do you check your breasts regularly?)
Si es sí, ¿con qué frecuencia? _____
(If yes, how often?)
- ¿Hace ejercicio?**
(Do you exercise?)
Si es sí, ¿qué tipo de ejercicio? ¿con qué frecuencia? _____
(If yes, what type and how often?)
- ¿Le preocupa su peso o sus costumbres alimenticias?**
(Do you have concerns about your weight or eating habits?)
Si es sí, especifique. (If yes, explain.)

HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (Contraceptive History)

Sí/Yes No

- ¿Utiliza algún método anticonceptivo en este momento?**
(Do you use birth control currently?)
Si es sí, ¿qué método utiliza? _____
(If yes, what method do you use?)
- ¿Ha tenido algún problema con algunos de los métodos anticonceptivos?**
(Have you had problems with birth control?)
Si es sí, especifique,(If yes, explain)

- ¿Ha tenido sexo sin haber usado alguna clase de método anticonceptivos, desde tú último período?**
(Have you had sex without using any kind of birth control since your last period?)
Si es sí, ¿cuándo? _____
(If yes, when?)

La información consignada arriba es verdadera y correcta.
(To the best of my knowledge, this information is correct.)

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
(Patient Signature) (Date)

Chequeo médico _____ **Fecha** _____
(Clinician Review) (Date)