

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 _____	Zip Código Postal _____
State Estado _____	
SS# # de Seguro Social _____	Date of Birth Fecha de Nacimiento _____

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	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 Medica Inicial

Bienvenidos a Planned Parenthood of the Mercer Area. Estas preguntas nos ayudaran a evaluar sus necesidades de salud. Este es un record confidencial de la historia de su salud.

HISTORIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

Si No

- Cuando tiene relaciones sexuales, usa condones?
- Usted y su pareja a usado otra clase de anticonceptivos? Si, Cuales

Historia Medica Pasado/Presente

1. General

Si No Por favor marque en la parte de abajo

- Mi salud en general es buena
- Resiente subida o perdida de peso
- Algún cáncer, genético, o condiciones hereditarias
- Hepatitis A, B, C/ Mononucleosis
- Inmunizaciones al día (Sarampión, Paperas, Rubéola, Hepatitis)

2. Cardiovascular

- Palpitaciones de Corazón
- coagulaciones de sangre

3. Neurológica

- Diagnóstico de Migrañas
- Amortiguamientos persistentes, hormigueo en los brazos o piernas.
- Ataques desordenes/Epilépticos

4. Músculo Óseo

- Artritis

5. Ojos

- Dificultades en los ojos
- Usted usa lentes o lentes de contacto

6. Gastrointestinal

- Enfermedades en la vesícula o en el Hígado

7. Respiratorio

Si No

- Problemas de respiración/Asma
- Tuberculosis

8. Hematología

- Anemia/ Bajo hierro
- Células anémicas/características/ Talasemia
- Coagulaciones en la sangre/ Leucemia
- Alguna vez a tenido transfusión de sangre, que año?

9. Endocrina

- Tiroides
- Diabetes

10. Orejas, Nariz, Garganta, boca

- Problemas de oído
- Frecuente hemorragia nasal
- Dolencia de encías/ Infecciones crónicas de garganta

11. Psicológica

- Debajo del cuidado del psicólogo o trapista
- Historia de depresión/desordenes de ansiedad /frecuente mal humor.

HISTORIA FAMILIAR Indique que miembros en su familia ha tenido algunas de las siguientes enfermedades.

(P) Padre, (M) Madre, (H) Hermano (H) Hermana

Algún miembro de su familia tiene las siguientes enfermedades: No _____ Si _____ Si contesta positivo, por favor marque abajo

_____ Coágulos de sangre

_____ Diabetes

_____ Presión alta

_____ Embolia, Ataque al corazón, Enfermedades al corazón (edad en la que comenzó: _____)

_____ Seno, Próstata, o cáncer testicular (edad en la que comenzó: _____)

_____ Otra clase de cáncer _____

HISTORIA SOCIAL

Si No

Usted fuma? Si es positivo, cuantos cigarrillos por día? _____

Usted toma alcohol? Si es positivo, cuantas veces/ que cantidad? _____

Usted o su pareja usa drogas de IV? Si es positivo, cuales?

Le gustaría recibir información sobre los lugares en donde puede usted recibir ayuda de problemas de drogadicción y alcoholismo?

Usted desea hablar sobre problemas relacionados con violación, incesto o violación domestica?

Usted hace ejercicios regularmente?

HISTORIA SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer muy personales pero nos ayuda a evaluar su salud. Toda información es confidencial. Por favor conteste solo las preguntas con las que usted se sienta cómodo de contestar.

Si No

- Usted ha tenido relaciones sexuales? Edad de su primera vez _____
- Usted tiene relaciones sexuales corrientemente? Es su contacto sexual
Todo lo que aplica -- Vaginal – Anal -- Oral – Otro –
- Usted ha tenido mas de una pareja en el ultimo año? ----- Su pareja es: Masculino --
Femenina --- Los dos-----
- Usted practica sexo seguro? Usa condones consistentemente?
- Usted desea hacerse un examen de infecciones transmitidas sexualmente and/o examen de?
VIH
- Alguna vez a embarazado a una mujer? Numero de embarazos _____ Numero de niños. _____

Usted tiene alguna pregunta o duda sobre sexo que usted quiera hablar el día de hoy? _____

Con mi mejor conocimiento, la información en este formulario de historia esta completo y correcto.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Firme al principio de la visita médica y actualización anual

Recuerde—un nuevo formulario de la historia medica necesita ser completado cada 3 años por el cliente)

Firma del Medico _____ **Fecha** _____