

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 correspondencia 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	Widowed <input type="checkbox"/> Viuda
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	Phone book <input type="checkbox"/> Libro de teléfono
	Outreach <input type="checkbox"/> Alcance	Private Doctor <input type="checkbox"/> Médico privado	Welfare <input type="checkbox"/> Welfare			
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 _____			

Aseguranza de Confidencialidad: Estos récords médicos son confidenciales y no serán revelados a ninguna persona sin su consentimiento escrito, ecepto que sea requerido por la ley.

ANUAL/HISTORIA DE REVICION/MASCULINO

Fecha: _____

Razón de la visita de hoy: _____

Si	No	Historia Médica Usted esta experimentando?	Uso del Personal Solamente	Si	No	Práctica de Salud actual Usted
		1. Inusual secreción del pene?				12. Fuma cigarrillo Cantidad/al día _____
		2. Dolor, ardor o dificultad al orinar?				13. Usa alcohol Cantidad/a la semana _____
		3. Orina frecuentemente o sangra al orinar?				14. Usa drogas de la calle: Que tipo _____
		4. Dolor o sangrado cuando tiene sexo o eyaculación?				Desde su última visita usted ha tenido:
		5. Dolor rectal, sangrado o secreción?				15. Enfermedades, operaciones, hospitalizaciones
		6. Bultos o llagas en su pene o en el área genital?				16. Ictericia (Piel u ojos amarillos), Hepatitis, Monóculosis
		7. Usted a tomado antibióticos recientemente para infecciones?				17. Algún cambio en la salud de un miembro familiar cercano? (Ataque al corazón, Embolia, diabetes, cáncer, colesterol, muerte)
		8. Usted o su pareja a tenido mas de una pareja sexual en los pasados tres meses?				18. Usted tiene alergia a alguna medicina? Que: _____
		9. Su pareja a tenido bultos, llagas o secreciones en el área genital?				19. Usted tiene dolor hoy? Por favor haga un círculo: severidad       0 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10
		10. Su pareja ha estado recientemente en tratamiento por enfermedades transmitidas sexualmente?				Lugar del dolor el día de hoy
		11. Usted utiliza condones cada vez que tiene un acto sexual?				

Por favor haga una lista de todos los medicamentos o drogas que esta usando ahora o toma frecuentemente, Incluyendo medicamentos regulares que son vendidos en las ventanillas, hiervas y vitaminas.

Con lo mejor de mi conocimiento, la información de arriba esta completa y correcta.

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____