

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PLACE PT LABEL HERE

Apellido		Primer Nombre		Inicial	Apodo o Sobrenombre
Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX) - -		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Domicilio				¿Cómo prefiere que la/lo contactemos? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado	
Raza (marque todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático(a) o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> De Varias Razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Blanco(a)		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)	Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Estado Estudiantil <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No soy Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial	
# de Teléfono del Hogar ()	# de Teléfono durante el Día ()		# de Teléfono Alterno ()		Correo Electrónico (E-mail)
Nombre de un Contacto para Casos de Emergencia	# de Teléfono de su Contacto para Casos de Emergencia ()	¿Cómo se enteró de Planned Parenthood® Arizona?			
Ingreso Familiar \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			Tamaño de su Familia (<i>número de personas sustentadas por sus ingresos</i>)		
Bajo el Título X del Acta de Servicios de Salud Pública, hay fondos disponibles para algunos servicios sin costo alguno o con descuento basado en el ingreso familiar y el tamaño de la familia. ¿Desea ser considerado(a) para este programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Servicio Completo de Planeación Familiar bajo el Título X disponible en: <i>Calle 7, Archer, Globe, Maryvale, Mesa, Sur de Phoenix, Yuma</i>			Servicio de Planeación Familiar bajo el Título X Solamente para Adolescentes disponible en: <i>Glendale, Prescott, Scottsdale, Valle Suroeste</i>		
Menores: Para la mayoría de servicios no es necesario ni requerido que usted les diga a sus padres que ha venido aquí este día; sin embargo, por favor infórmenos si sus padres están enterados de su visita de hoy. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Se mantendrá la confidencialidad excepto en aquellos casos en que la ley estatal requiera lo contrario.					
INFORMACIÓN DE SEGURO / AHCCCS					
Parentesco del Asegurado con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Cónyuge					
Apellido del Asegurado Principal	Primer Nombre	Número de Seguro Social - -		Fecha de Nacimiento / /	
Género del Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Nombre del Asegurado Principal, Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal <input type="checkbox"/> Igual que el Paciente				Telefono del Asegurado
Nombre del Plan		Número de Póliza		Número de Grupo	
Domicilio del Plan, Ciudad, Estado y Código Postal				# de Teléfono de Contacto ()	

Reconozco que toda la información anterior es verdadera y correcta y que ha sido provista a esta oficina con pleno conocimiento. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por todos los servicios provistos o que serán provistos en el futuro, sin tener que obtener mi firma para cada reclamo que sea presentado, y quedaré obligado(a) a hacer estos pagos como si yo hubiera firmado personalmente el reclamo. Además, autorizo la divulgación de toda aquella información médica que sea necesaria. **COMPRENDO QUE SOY REponsable DE TODOS LOS CARGOS A MI CUENTA.** Si esta cuenta fuera referida a una agencia de recolección de pagos, seré responsable del pago de todas las cuotas de recolección y/o cuotas legales. He leído y comprendo las políticas y los procedimientos de esta oficina.

Firma del Paciente

Fecha

PLACE PT LABEL HERE

INSURANCE & TITLE X VERIFICATION

*Insurance/AHCCCS eligibility and verification of benefits must be performed for each patient encounter.
Title X eligibility must be performed every six months, along with a PIF update.*

Verification Date	Date of Service	Procedure or Service:	Is this a covered benefit under the members plan?
/ /	/ /		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Insurance effective on DOS?	Co-Pay Amount:	Co-Insurance Amount:	Has Deductible been met?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Deductible amount:			
Does the procedure or service need prior authorization? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Prior authorization #:
If PPAZ is not in the member's network, does the patient have out-of network benefits?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Comments:			

Name of Insurance Representative spoken with to verify insurance:

Signature of Staff Verifying Insurance Information

TITLE X VERIFICATION / ELIGIBILITY

Title X Excluded Visit: Yes No ***IF "NO" complete the following:***

Title X Program Eligible: Yes No

Income Level: Slide %

If Client income is less than 100% of FPL, client was encouraged to follow up with AHCCS / DES Yes No

Staff Signature: **Date:**

ABORTION QUALIFIER CHECKLIST FOR MINORS

Pursuant to ARS - 36 - 2152 the following item qualifies this patient for an abortion.

- Parental Consent does not apply
- Parental Consent - signed PPAZ Parental Consent form on file
- Court Order - copy of Court Order on file
- Sexual Abuse - signed Sexual Abuse Certification on file (Physician must report and forward sample fetal tissue)
- Physicians Certification - copy of certification from physician that states a medical condition as described in ARS - 36 - 2152 (g2)
- Emancipated - copy of marriage license or military documents on file

Type of ID Shown: **ID #:**

Staff Signature: **Date:**

PRUEBA DEL VIH

Usted ha solicitado una prueba del anticuerpo para el VIH. El VIH, el virus de inmunodeficiencia humana, puede causar el SIDA — Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es importante que usted lea y entienda la siguiente información antes de hacerse la prueba y recibir asistencia. Si desea más información sobre el VIH/SIDA, comuníquese con nosotros. También podemos ayudarle si necesita una referencia para otros proveedores de atención de la salud.

Para saber si tiene el VIH debe hacerse una prueba del anticuerpo para el VIH. El cuerpo responde a las infecciones creando anticuerpos. Pueden pasar tres meses después de la infección del VIH para que sean detectados los anticuerpos. En algunas personas este período puede ser incluso de hasta seis meses. Existen varias pruebas para detectar los anticuerpos del VIH, por ejemplo análisis de sangre, de orina y de saliva. Puede haber diferencias leves en la exactitud de estas pruebas. Consulte con nosotros para averiguar cuál es la prueba más apropiada para usted.

Si el resultado de la prueba es "positivo", quiere decir que se han encontrado anticuerpos del VIH en su cuerpo. Todos los resultados positivos se confirman con otra prueba antes de que usted sea informado sobre el resultado. Si el resultado es "negativo", quiere decir que no se han encontrado anticuerpos del VIH en su cuerpo.

Todos los servicios de asistencia, pruebas y referencias médicas son confidenciales. Confidencial quiere decir que Planned Parenthood ® sabrá su nombre. Algunos estados requieren que los resultados de una prueba del VIH se mantengan separados del historial clínico del paciente. Esto quiere decir que los resultados de la prueba del VIH no se incluirán si es necesario enviar su historial médico a otro profesional médico. Otros estados permiten que los resultados se incluyan en el historial médico.

Una prueba anónima significa que se utiliza un código en vez del nombre del cliente para registrar los resultados de la prueba. Algunos estados no permiten las pruebas anónimas. Si usted quiere una prueba anónima, por favor infórmenos antes de llenar cualquier formulario.

LAS VENTAJAS DE HACERSE UNA PRUEBA DEL VIH

Saber si tiene o no la infección es muy útil:

- Las personas que saben que tienen el VIH pueden iniciar un tratamiento médico para demorar el desarrollo de la enfermedad.
- Las personas que saben que tienen el VIH pueden cambiar su conducta para no infectar a otros.
- Las personas que han corrido el riesgo de contraer el VIH y descubren que no lo tienen pueden sentirse motivadas para minimizar el riesgo.
- Las personas que han minimizado el riesgo de contraer el VIH y descubren que aún no tienen la infección pueden sentirse motivadas para continuar con su conducta de bajo riesgo.
- Las personas que saben si tienen o no la infección pueden adoptar una actitud más precavida para protegerse a sí mismas y a los demás.

Nos complacerá hablar con usted si necesita más información sobre conductas de alto riesgo y de bajo riesgo.

Obtener muestras para una prueba es fácil:

- Se pueden tomar muestras de orina o de saliva sin dolor o molestia alguna.
- La extracción de sangre de un dedo o de la vena puede causar un dolor leve y molestia cuando la aguja penetra la piel. También puede desarrollarse un pequeño hematoma en el lugar de la punción.

LAS DESVENTAJAS DE HACERSE UNA PRUEBA DEL VIH

Ninguna prueba del anticuerpo para el VIH tiene una exactitud del 100%.

Existe el riesgo de que el resultado sea inexacto o inconcluso. La prueba puede haberse hecho demasiado temprano para detectar los anticuerpos. En muy raras ocasiones, la prueba puede ser incorrecta. Los resultados inconclusos o inexactos pueden causar mucha inquietud y frustración. En la eventualidad de que esto ocurriera, estamos a su disposición para hablar con usted.

Saber que uno está infectado con el VIH puede afectar considerablemente a la persona infectada y a aquellos que lo rodean. Por eso, muchos estados y ciudades tienen leyes que evitan que los médicos y los empleadores informen a otros que un cliente o empleado tiene el VIH/SIDA.

Las personas que tienen o se sospecha que tienen el VIH pueden ser víctimas de discriminación.

La ley federal prohíbe la discriminación contra las personas que tienen el VIH/SIDA u otras incapacidades, en lo que se refiere al trabajo, vivienda, atención médica y en la mayoría de los lugares abiertos al público. Muchos estados y ciudades cuentan con protecciones específicas para las personas que tienen o se sospecha que tienen el VIH/SIDA. Pero situaciones de discriminación pueden ocurrir aun en estos casos así como en otras circunstancias.

Si bien el tratamiento médico demora el desarrollo de la enfermedad, no existe una cura para el VIH/SIDA

ALTERNATIVAS

Hay varias pruebas para detectar los anticuerpos para el VIH. Si no podemos ofrecerle una prueba específica, podemos referirlo a otros proveedores de atención de salud.

Usted puede decidir no hacerse la prueba, pero recibir asesoramiento sobre cómo reducir el riesgo de contraer el VIH.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

Su salud es importante para nosotros. Podremos pedirle que regrese a la clínica para buscar los resultados de la prueba, recibir asesoramiento u obtener servicios de referencia. Es muy importante que acuda a esta cita. Por favor, llámenos si no puede asistir a la cita o si acudirá a otro médico.

COMO EVITAR EL CONTAGIO O LA TRANSMISION DEL VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que puede provocar el SIDA, no se transmite por contactos tales como tocar, abrazar, toser, estornudar o besar.

El VIH se transmite a través de la sangre, el semen, la leche materna y las secreciones vaginales. La única forma de estar absolutamente seguro de no contraer el VIH es abstenerse de tener relaciones sexuales (coito vaginal, anal o bucal) y no compartir jeringas y equipo para consumir drogas.

Si Ud. tiene cualquiera de los factores de riesgo indicados más adelante, o si no esta segura, tal vez desee someterse a una prueba para detectar el VIH para comprobar si se ha infectado. Los siguientes comportamientos aumentan el riesgo que Ud. corre de infección por el VIH:

- más de una pareja (ocasional o regular);
- actividades sexuales sin protección (sin preservativo, profiláctico para la vagina o la boca (dental dam)) incluida la relación sexual vaginal, anal y oral, tanto de recepción como de inserción;
- relaciones sexuales con una persona que se sabe es seropositivo con respecto al VIH;
- compartir jeringas o tener relaciones sexuales con personas que comparten jeringas;
- historial de infecciones de transmisión sexual y tener relaciones sexuales con personas que tienen infecciones de transmisión sexual, especialmente lesiones en los genitales;
- relaciones sexuales a cambio de drogas, dinero u otros incentivos;
- utilización de sustancias tales como el alcohol, la cocaína, etc., en relación con la actividad sexual;
- utilización esporádica de preservativos;
- haber estado expuesta a lo siguiente desde 1978:
 1. inseminación artificial con semen no examinado de donantes;
 2. transfusión de sangre o productos sanguíneos (especialmente entre 1978 y marzo de 1985);
 3. transplante de tejidos u órganos (especialmente entre 1978 y marzo de 1985);
 4. tatuajes, perforaciones corporales, escarificación u otras decoraciones en el cuerpo realizados en condiciones no estériles que pueden provocar la salida de sangre.

Las mujeres que consideran la posibilidad de quedar embarazadas, o proyectan continuar su embarazo, tal vez también deseen tener una prueba para detectar anticuerpos. Cualquiera puede obtener una prueba para detectar anticuerpos, sólo tiene que solicitarla.

Si su prueba es negativa, o si decide no someterse a la prueba, su mejor protección es no compartir las jeringas y abstener de las actividades sexuales o seguir las sugerencias sobre una relación sexual más segura.

Sugerencias Sobre "Prácticas Sexuales Menos Arriesgadas"

El masaje, los abrazos, el roce de los cuerpos, besos amistosos (secos), tocar los propios órganos genitales (masturbación), tocar los órganos genitales con las manos y la masturbación mutua son actividades seguras en que no hay un intercambio de líquidos orgánicos. A continuación figura un resumen de lo que piensan los expertos.

CATEGORIAS DE RIESGO

MUY BAJO RIESGO

(No se ha comunicado de casos de VIH debido a estas actividades):

- Masturbación - Masturbación Mutua
- Toqueteo - Masaje
- Masaje Erótico - Frotación del Cuerpo
- Beso - Beso Profundo
- Relación Sexual Oral con un Hombre que usa Preservativo
- Relación Sexual Oral con una Mujer Utilizando Protección Bucal (Dental Dam), Envoltorio de Plástico o Preservativo Cortado.

Evite que le entre semen o sangre en la boca o en las heridas de la piel. No se preocupe de la secreción vaginal, el flujo menstrual, la orina o el semen en la piel lejos de la boca o la vulva.

CATEGORIAS DE RIESGO	
<p style="text-align: center;"><u>BAJO RIESGO</u></p> <p>(Han sido raros los casos de VIH que se han comunicado debido a estas actividades):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación Sexual Oral • Coito Vaginal con un Preservativo o un Profiláctico Vaginal • Coito Anal con un Preservativo Evite el semen o la sangre en las heridas de la piel o en la boca, la vagina o el ano. 	<p style="text-align: center;"><u>ALTO RIESGO</u></p> <p>(Se han comunicado millones de casos de VIH debido a estas actividades):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coito Vaginal sin Preservativo • Coito Anal sin Preservativo

FACTORES DE RIESGO	
<p style="text-align: center;"><u>Algunas de las Drogas que Incitan a Arriesgarse en Una Relación Sexual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Speed • Poppers • Marihuana • Cocaína • Crack • Ecstasy 	<p style="text-align: center;"><u>Algunos de los Sentimientos que Empujan a Tomar Riesgo con la Relación Sexual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El Deseo de Sentirse Arrebatado • Ira • Vergüenza • Temor de Perder la Pareja • Inseguridad • Poco Amor Propio • Desconcierto • Necesidad de ser Amado

Limite el número de diferentes compañeros sexuales en su vida. Mientras más compañeros sexuales tenga, mayor es el riesgo que corre de infectarse por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual.

Los preservativos de látex, otras barreras y espermicidas no son 100% seguros, pues pueden tener fallas o porque las personas cometen errores. Sólo Ud. puede decidir hasta qué punto desea correr riesgos.

Recuerde que la práctica de algunas formas de relación sexual de muy bajo riesgo (contacto con la piel sin transmisión de sangre, semen o líquidos vaginales) no elimina el riesgo que corre de adquirir otras infecciones de transmisión sexual, como herpes, verrugas, ladillas y sarna.

Si Usa Drogas Intravenosas. No use ni comparte las jeringas o el equipo para consumir drogas que se venden en la calle.

<u>COMO ESTERILIZAR SU EQUIPO (AGUJAS Y JERINGAS HIPODERMICAS)</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vierta un poco de blanqueador (clorina) en una tasa y un poco de agua en otra. 2. Llene totalmente la jeringa con clorina, agítela un poco y espere un minuto, váciela en el fregadero o el inodoro. 3. Llene totalmente la jeringa con agua y agítela un poco. Váciela en el fregadero o el inodoro. 4. Repita lo anterior, clorina, agua, clorina, agua tres veces con cada líquido. Por seguridad, enjuague una vez más con agua. 5. Limpie el dispositivo para calentar o la cuchara con un pedazo de algodón empapado en clorina enjuágelo con agua corriente y séquelo. 6. No comparte la jeringa o el dispositivo para calentar sin limpiarlos primero. No comparte el algodón.

Para mayor información, pregunte a su clínico.

Si ambos compañeros de una pareja son VIH-negativos (si los dos han tenido dos exámenes de anticuerpos con resultados negativos con un intervalo de seis meses) y no tienen relaciones sexuales con otros ni comparten las jeringas y equipo para consumir drogas, pueden tener relaciones sexuales sin protección entre ellos con muy poco riesgo de transmitir el virus del SIDA.

Si ha tenido relaciones sexuales o ha compartido jeringas o equipo con alguien que Ud. piensa podría tener el VIH, o si no esta segura, tal vez desea someterse a una prueba del VIH para comprobar si se ha infectado.

EVALUACIÓN DE RIESGOS DE VIH & PRUEBA

Se ha sido la prueba del VIH/SIDA antes?

- Sí
- No

Fecha aproximado de última prueba: _____

Qué partes de su cuerpo ha usado para el sexo? (Marque lo pertinente):

- Vagina
- Pene
- Ano
- Boca
- Otra: _____

Qué partes del cuerpo ha usado su pareja(s)? (Marque lo pertinente):

Compañero Masculino

- Pene
- Ano
- Boca
- Otra: _____

Compañera Femenina

- Vagina
- Ano
- Boca
- Otra: _____

Cuáles declaraciones son verdad para usted? (Marque lo pertinente):

- He tenido relaciones sexuales sin preservativo
- He pagado/me han pagado por tener relaciones sexuales
- He tenido relaciones sexuales bajo la influencia de las drogas/alcohol
- He tenido relaciones sexuales con alguien que tiene VIH/SIDA
- Consumir drogas usando/compartiendo jeringas
- Adquirido una infeccion transmitida sexualmente
- Estar en la prisión
- Otros riesgos: _____

Cuáles declaraciones son verdad para SU PAREJA(S)? (Marque lo pertinente):

- Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo
- Ha pagado/le han pagado por tener relaciones sexuales
- Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia de las drogas/alcohol
- Ha tenido relaciones sexuales con alguien que tiene VIH/SIDA
- Consumir drogas usando/compartiendo jeringas
- Adquirido una infeccion transmitida sexualmente
- Estar en la prisión
- Otros riesgos: _____

Cuando fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____ Uso un preservativo? Sí No

Con que frecuencia participa usted y su pareja(s) en lo siguiente? (Circular uno)

Abstener de relaciones sexuales	Siempre	En veces	Nunca
Cometerse a una relación fiel con solamente una persona	Siempre	En Veces	Nunca
Usar perservativos con cada acto sexual	Siempre	En veces	Nunca
Usar jeringas	Siempre	En veces	Nunca

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE VIH & RESULTADOS

Por favor, firme con iniciales aquí si desea una copia de los resultados de esta prueba _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He leído y entiendo Información para el Cliente para el Consentimiento Informado PRUEBA DEL VIH y Como Evitar el Contagio o la Transmisión del VIH. Entiendo la diferencia entre una prueba anónimo a confidencial y la prueba que recibo hoy es confidencial. Entiendo el significado de los resultados de las pruebas de VIH y los beneficios y preocupaciones de hacerse las pruebas o revisiones. Doy consentimiento informado por la extracción de sangre, colección de saliva o orina como descrito en la información que he recibido Entiendo que si el resultado sea positivo, se tiene que hacer otra prueba para confirmarlo. Yo entiendo si el resultado es positivo, la información será reportada al Departamento de Salud de Arizona como requerido por la ley del estado. (Statute 36-604 & State Reg. R9-6-114). Entiendo que no tengo que hacer una prueba de VIH.

Firma de Paciente _____

Fecha _____

CLINIC USE ONLY

Client Received:

- Counseling only, testing declined
- Counseling and testing
- Patient Information: *Client Information for Informed Consent HIV TESTING*
- Patient Information: *How to Avoid Getting or Transmitting HIV*
- UniGold HIV Test: Subject Information* leaflet

UniGold Test

Date: _____ Test Lot #: _____ Test performed by: _____ Result: _____

Results given by: _____ (If Positive, Confirmatory Sample must be Obtained)

Blood Serum Test

Check if Confirmatory Test

Date: _____

Collected by: _____

Result: _____ Result Given by: _____

HIV TESTING AND EDUCATION CHECKLIST

PRE-TEST EDUCATION Information to be discussed with all clients:

- Ask client if they have ever been tested for HIV. _____ No _____ Yes How long ago? _____
- Distinguish between HIV and AIDS testing. We are providing HIV antibody testing.
- Explain the difference between the tests offered at PPAZ: blood serum test, rapid UniGold testing, and OraSure.
- Explain difference between confidential and anonymous testing. Be sure client understands which he/she has chosen. We offer confidential only.
- Review window period. Antibodies take from 28 days to six months to develop. 90% of the population will seroconvert within 28 days. If testing is less than 6 months from exposure, enc. client to re-test.
- Discuss how HIV is transmitted (blood, semen, vaginal secretions & breast milk). These fluids can be transmitted sexually or through the sharing of needles. Remember to stress that needle sharing can mean IV drug use, body piercing, illegal steroid use and tattooing.
- Review client's "HIV Risk & Testing Needs Assessment" paperwork. Discuss risk reduction and safer sexual activity, reconciling any past high risk behaviors. Use the "ABC" model.
- If client chooses blood serum or OraSure**, inform client of waiting period for test results. If client seems agitated or apprehensive assure client of ability to contact health center for support or concerns. Advise client to call on agreed date to confirm results have arrived and to then schedule an appointment for post-test counseling and results.
- If client chooses UniGold**, explain that if the screening is positive, client must have a confirmatory blood serum to confirm positive results.
- Notify client positive results must be reported to ADHS as required by state law.
- Discuss the following and initial those items covered, as applicable:
 - _____ Parental involvement encouraged
 - _____ Coercion/Domestic Violence addressed
 - _____ Rubella/DES discussed
 - _____ Importance of folic acid addressed
 - _____ Exam, pap, other STD testing & BCM encouraged/offered
- Ask client if they have any questions or concerns not covered so far in the interview.

Staff Signature: _____ Date: _____

POST-TEST EDUCATION Information to be discussed if negative result:

- Discuss risk reduction planning and goals. Document plan: _____
- If needed, review window period again and encourage client to return for re-test if needed or if high-risk behaviors cannot be reconciled.
- Condoms given.

COMMENTS: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

PLACE PT LABEL HERE

POST-TEST EDUCATION: Information to be discussed if positive result:

- Two Elisa and one Western Blot tests have been run: “Your result is positive, you have been exposed to HIV”.
(LONG PAUSE FOR THE INFORMATION TO SINK IN...)

- Possible follow up questions: “How do you feel? Did you expect this result?”

- HIV disease is currently a manageable condition with proper medical evaluation. To help with your decision to start the current regimen of anti viral medications available you should first have your immune system evaluated with two tests. The first will be an immunocompetency profile (T-cell count), and the second a viral load test. This is not a death sentence by any means. As a result of the current medications available many people are living healthy and productive lives.

- Is there a current partner you should be notifying?

- County Health Department will be informed of this result and can help you with partner notification if you'd like.

- What were you planning to do the rest of the day? Who can you be with? Are you feeling at all unsafe? Do you need to speak with a counselor? Do you have the number of any hotlines/counselors/AIDS agencies?

- Counseling referral given

- Is there anything else you need from me today?

COMMENTS: _____

Staff Signature: _____

Date: _____

HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: _____

HISTORIA PERSONAL		CARDIOVASCULAR – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
1. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para alguna enfermedad/condición médica?	SÍ NO	1. ¿Pies/piernas hinchados/hinchadas?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿para cuál?		2. ¿Várices/venas varicosas/flebitis?	SÍ NO
2. ¿Fuma cigarrillos?	SÍ NO	3. ¿Presión alta?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿cuántos por día?		4. ¿Colesterol alto o grasas altas?	SÍ NO
3. ¿Toma/bebe alcohol?	SÍ NO	5. ¿Enfermedad del corazón, cirugía del corazón, o soplo en el corazón?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿qué tan seguido?		6. ¿Apoplejía/derrame o síntomas de apoplejía/derrame?	SÍ NO
4. ¿Usa drogas callejeras?	SÍ NO	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?			
5. ¿Usa medicinas que no requieren receta médica?	SÍ NO	GASTROINTESTINAL – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		1. ¿Náusea/vómito frecuente?	SÍ NO
6. ¿Toma medicinas que requieren receta médica?	SÍ NO	2. ¿Diarrea regularmente?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		3. ¿Sangre en las heces?	SÍ NO
7. ¿Se siente segura en su relación actual?	SÍ NO	4. ¿Problemas estomacales, intestinales, o úlceras?	SÍ NO
8. ¿Tiene preocupaciones de violencia doméstica?	SÍ NO	5. ¿Acidez estomacal severa?	SÍ NO
9. ¿La está forzando alguien a tener sexo?	SÍ NO	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:			
HISTORIAL DE EMBARAZO		MÚSCULOESQUELÉTICO	
1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?		1. ¿Ha tenido hinchazón/dolor en las articulaciones?	SÍ NO
2. Número de partos normales:	3. Número de hijos que viven:	2. ¿Cuántas veces se ha fracturado un hueso?	
4. Edad de cada niño(a):	5. Número de hijos prematuros:	3. ¿Tiene alguna dificultad sensorial?	SÍ NO
6. Número de cesáreas:	7. Número de hijos con defectos de nacimiento:	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
8. Número de muerte fetal:	9. Número de abortos:		
10. Número de malpartos / pérdidas:	11. Número de embarazos ectópicos:	NEUROLÓGICO – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
12. Número de partos vaginales:		1. ¿Migrañas/dolores de cabeza severos diagnosticados por un Doctor?	SÍ NO
13. ¿Está dando de amamantando actualmente?	SÍ NO	2. ¿Cambios visuales no relacionados con anteojos de graduación o lentes de contacto?	SÍ NO
14. ¿Tiene planes de embarazo para el siguiente año?	SÍ NO	3. ¿Se desmaya cuando le sacan sangre?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		4. ¿Ataques epilépticos?	SÍ NO
		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
HISTORIAL MENSTRUAL		ENDOCRINO	
¿Primer día de su último ciclo menstrual? Fecha: ____ / ____ / ____		1. ¿Tiene sed frecuentemente sin ninguna razón?	SÍ NO
1. ¿Fue éste un ciclo normal?	SÍ NO	2. ¿Tiene hinchazón en el cuello/nuca?	SÍ NO
2. ¿Son sus ciclos usualmente regulares?	SÍ NO	3. ¿Tiene sudores nocturnos?	SÍ NO
3. ¿Por cuántos días sangra regularmente?		4. ¿Tiene diabetes/diabetes gestacional?	SÍ NO
4. ¿De cuántos días son sus ciclos?		5. ¿Tiene enfermedad de la tiroides/tiroidea?	SÍ NO
Es su regla usualmente: () leve () mediana () intensa		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
5. ¿A qué edad le vino la regla?			
6. ¿Padece de alguno de los siguientes cuando le viene la regla (marque con ✓ todos los pertinentes):		ALERGIAS / INMUNOLOGÍA	
() calambres () náusea () dolor de cabeza () dolor de espalda		1. ¿Padece de alguna alergia?	SÍ NO
() tensión pre-menstrual () sangrado/manchas de sangre entre menstruaciones		2. ¿Está al día su inmunización contra el sarampión?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	

HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

HISTORIAL SEXUAL		GENITOURINARIO	
1. ¿Se encuentra actualmente sexualmente activa?	SÍ NO	1. ¿Infecciones o enfermedades del sistema urinario, vejiga, riñones?	SÍ NO
2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?		2. ¿Siente dolor o sangra al tener sexo?	SÍ NO
3. ¿Podría estar embarazada ahora?	SÍ NO	3. ¿Cuándo le hicieron su última prueba de Papanicolaou? Fecha: / /	/
4. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente?		4. ¿Ha tenido alguna prueba de Papanicolaou anormal?	SÍ NO
5. ¿Cuánto tiempo lleva con su(s) pareja(s) actual(es):		Si contestó "Sí", ¿cuándo?	
6. ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses?		5. ¿Ha tenido o le han hecho cualquiera de los siguientes (marque con ✓ todos los pertinentes)?	
7. Tiene relaciones sexuales con: () hombres () mujeres () ambos		() colposcopia () criocirugía () láser () LEEP	
8. Participa usted en (marque así ✓ todos los que sean pertinentes): () sexo oral () sexo vaginal () sexo anal () sexo sin penetración		() endometriosis () fibroides () quistes ováricos	
9. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?		6. ¿Ha tenido alguna de las siguientes? (marque ✓ las pertinentes)	
10. ¿Tiene alguna inquietud sexual?	SÍ NO	() clamidia () gonorrea () verrugas genitales	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		() herpes () sífilis () Enfermedad Pélvica Inflamatoria () VIH	
		7. ¿Tomó su madre DES al estar embarazada con usted?	SÍ NO
HISTORIAL FAMILIAR Historial Familiar no disponible <input type="checkbox"/>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
¿Ha tenido su familia biológica (madre, padre, hermano, hermana) alguno de los siguientes (haga un círculo alrededor de los que sean pertinentes):			
Diabetes	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	HEMATOLÓGICO / LIMFÁTICO	
Presión alta	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	1. ¿Ha tenido alguna vez un bulto en el pecho o descarga del pezón?	SÍ NO
Derrame antes de los 55 años	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	2. ¿Tiene los ganglios hinchados en las axilas (debajo de sus brazos)?	SÍ NO
Enfermedad del corazón antes de los 55 años	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	3. Cuando se corta, ¿sangra excesivamente?	SÍ NO
Alto nivel de Colesterol o grasas	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	4. ¿Le salen contusiones (moretes) frecuentes sin ninguna razón?	SÍ NO
Cáncer de los senos	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	5. ¿Ha sido alguna vez anémica?	SÍ NO
Cáncer ovárico	MADRE HERMANA	6. ¿Tiene problemas de coagulación de la sangre?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		7. ¿Ha tenido cirugía de los senos?	SÍ NO
		8. ¿Tiene un historial de cáncer?	SÍ NO
COTROL DE LA NATALIDAD		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Está usando actualmente algún método de control de la natalidad? SÍ NO			
Si contestó "Sí", ¿cuál método?			
2. ¿Qué método de control de la natalidad desea?			
3. Si ha usado control de la natalidad anteriormente, escríbalo enseguida:		RESPIRATORIO	
Tipo de control de natalidad	Cuándo lo uso	Problemas, si tuvo alguno	1. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar (asma, tuberculosis)?
			SÍ NO
		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
		PSICOLÓGICO	
		1. ¿Padece de depresión, enfermedad mental, o problemas de ansiedad?	
		SÍ NO	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	

Doy la información anterior libremente. La información es completa y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que es solamente para el uso de Planned Parenthood ® y no será divulgada a nadie más sin mi permiso escrito, a no ser que haya una orden judicial.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Proveedor Médico

Fecha

Planned Parenthood Arizona
5651 N. 7th Street
Phoenix, Arizona 85014
1.800.230.PLAN (7526)

SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD

FECHA _____ NÚM. DE PACIENTE _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. TELEFÓNICO _____

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[®] 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.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual da positiva, 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 Arizona *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 lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

**Request for Medical Services and Acknowledgement of Receipt of Notice of Health Information
Privacy Practices Spanish**
I-B-2a Spanish
Revised June 2007

Reconozco por la presente que recibí de Planned Parenthood Arizona la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud.

Firma del paciente _____
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

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 _____
Fecha
Relación con el paciente _____

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

Chlamydia/Gonorrhea/HIV Screening Visit

Last Name	First Name	Client #	Date
-----------	------------	----------	------

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTIONS

Symptoms of Gonorrhea and Chlamydia

There are usually no symptoms. But if they are present, they may feel like:

Women: unusual vaginal discharge, burning with urination, lower abdominal or low back pain, pain with sex, or bleeding after sex or between periods

Men: discharge from the penis, a burning sensation with urination, or burning and itching around the opening of the penis

Check below:

- Yes No Was your sex partner(s) recently treated for chlamydia or gonorrhea?
- Yes No Is your sex partner(s) having any of the symptoms listed above?
- Yes No Are you having any of the symptoms listed above?
- Yes No Are you allergic to any medicines? If yes, please list: _____

Client's Signature _____

Date _____

FOR STAFF ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

- Yes No Client reports symptoms. Appt. offered. Declined Scheduled today / _____ (date)
- Campaign materials given. CI HIV given.
- Rapid HIV test done. Oral / Blood Results: Negative Positive Confirmatory test sent. Client informed.
- Urine GC/CT sent.

Notes:

Staff signature _____

Date _____

Plan:

- Treat today. NKDA
 - Azithromycin 1 gm orally in single dose
 - Cefixime 400 mg orally in single dose
 - Other _____
- Medication CIs given. Package inserts given.
- Await results.
- Other _____
- Provide partner treatment today. NKDA Unknown
 - Azithromycin 1 gm orally in single dose
 - Cefixime 400 mg orally in single dose
 - Other _____
- Partner treatment CIs given. Package inserts given.
- Refer partner for treatment. PP other

Notes:

Clinician signature _____

Date _____

FOR STAFF ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Results:

- GC Negative Positive
 CT Negative Positive
 Confirmatory HIV Negative Positive Not done

Plan, if any positives:

- Treat. NKDA Treated at visit.
 Azithromycin 1 gm orally in single dose
 Cefixime 400 mg orally in single dose
 Other _____
 Partner treatment.
 Azithromycin 1 gm orally in single dose
 Cefixime 400 mg orally in single dose
 Other _____
 Refer partner for treatment. PP other
 Refer for HIV care.

Notes:

Notification attempts:

- | | Date | Initial | Response |
|------------------|------|---------|----------|
| 1. TC – H W ER C | | | NA LM DC |
| 2. Letter _____ | | | |
| 3. Letter _____ | | | |

Notes:

 Staff Signature Date

Treatment:

- Client picked up medication. Date: _____
 For self. Lot # _____ Lot # _____
 Medication CIs given. Package inserts given.
 For partner. Lot # _____ Lot # _____
 Partner treatment CIs given. Package inserts given.
 Prescription called into pharmacy. Tel # _____

 Staff Signature Date

Reminder : Not applicable

1. Letter _____ or
 TC – H W ER C NA LM DC

 Clinician Signature Date

TC – Telephone Call, H- Home, W- Work, ER- Emergency #, C- Cell, NA – no answer, LM – left message, DC- disconnected