

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PLACE PT LABEL HERE

<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Apodo o Sobrenombre</b>
<b>Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX)</b> - -		<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> / /		<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Domicilio</b>				<b>¿Cómo prefiere que la/lo contactemos?</b> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>	
<b>Raza (marque todas las que sean pertinentes)</b> <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)		<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)	<b>Estado Civil</b> <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)	<b>Estado Estudiantil</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No soy Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial	
<b># de Teléfono del Hogar</b> ( )	<b># de Teléfono durante el Día</b> ( )		<b># de Teléfono Alterno</b> ( )		<b>Correo Electrónico (E-mail)</b>
<b>Nombre de un Contacto para Casos de Emergencia</b>	<b># de Teléfono de su Contacto para Casos de Emergencia</b> ( )	<b>¿Cómo se enteró de Planned Parenthood® Arizona?</b>			
<b>Ingreso Familiar</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			<b>Tamaño de su Familia</b> ( <i>número de personas sustentadas por sus ingresos</i> )		
<b>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?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
<b>Servicio Completo de Planeación Familiar bajo el Título X disponible en:</b> <i>Calle 7, Archer, Globe, Maryvale, Mesa, Sur de Phoenix, Yuma</i>			<b>Servicio de Planeación Familiar bajo el Título X Solamente para Adolescentes disponible en:</b> <i>Glendale, Prescott, Scottsdale, Valle Suroeste</i>		
<b>Menores:</b> 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 <b>Se mantendrá la confidencialidad excepto en aquellos casos en que la ley estatal requiera lo contrario.</b>					
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO / AHCCCS</b>					
<b>Parentesco del Asegurado con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Cónyuge					
<b>Apellido del Asegurado Principal</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Número de Seguro Social</b> - -		<b>Fecha de Nacimiento</b> / /	
<b>Género del Asegurado Principal</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Nombre del Asegurado Principal, Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal</b> <input type="checkbox"/> Igual que el Paciente				<b>Teléfono del Asegurado</b>
<b>Nombre del Plan</b>		<b>Número de Póliza</b>		<b>Número de Grupo</b>	
<b>Domicilio del Plan, Ciudad, Estado y Código Postal</b>				<b># de Teléfono de Contacto</b> ( )	

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 #: <span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>
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:**

## HISTORIAL MÉDICO MASCULINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

HISTORIAL PERSONAL		CARDIOVASCULAR – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
1. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para alguna enfermedad/condición médica?	<b>SÍ NO</b>	1. ¿Várices/venas varicosas/flebitis?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿para cuál?		2. ¿Presión alta?	<b>SÍ NO</b>
2. ¿Fuma cigarrillos?	<b>SÍ NO</b>	3. ¿Colesterol alto o grasas altas?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿cuántos por día?		4. ¿Enfermedad del corazón, cirugía del corazón, o soplo en el corazón?	<b>SÍ NO</b>
3. ¿Toma/bebe alcohol?	<b>SÍ NO</b>	5. ¿Apoplejía/derrame o síntomas de apoplejía/derrame?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿qué tan seguido?		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
4. ¿Usa drogas callejeras?	<b>SÍ NO</b>		
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?			
5. ¿Usa medicinas que no requieren receta médica?	<b>SÍ NO</b>		
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		<b>GASTROINTESTINAL – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:</b>	
6. ¿Toma medicinas que requieren receta médica?	<b>SÍ NO</b>	1. ¿Problemas estomacales, intestinales, o úlceras?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
7. ¿Se siente seguro en su relación actual?	<b>SÍ NO</b>		
8. ¿Tiene preocupaciones de violencia doméstica?	<b>SÍ NO</b>		
9. ¿Lo está forzando alguien a tener sexo?	<b>SÍ NO</b>	<b>MÚSCULOESQUELÉTICO</b>	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		1. ¿Ha tenido hinchazón/dolor en las articulaciones?	<b>SÍ NO</b>
		2. ¿Cuántas veces se ha fracturado un hueso?	
		3. ¿Tiene alguna dificultad sensorial?	<b>SÍ NO</b>
<b>HISTORIAL SEXUAL</b>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Se encuentra actualmente sexualmente activo?	<b>SÍ NO</b>		
2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?			
3. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente?		<b>NEUROLÓGICO – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:</b>	
4. ¿Cuánto tiempo lleva con su(s) pareja(s) actual(es):		1. ¿Migrañas/dolores de cabeza severos diagnosticados por un Doctor?	<b>SÍ NO</b>
5. ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses?		2. ¿Cambios visuales no relacionados con anteojos de graduación o lentes de contacto?	<b>SÍ NO</b>
6. Tiene relaciones sexuales con: ( ) hombres ( ) mujeres ( ) ambos		3. ¿Se desmaya cuando le sacan sangre?	<b>SÍ NO</b>
7. Participa usted en (marque así ✓ todos los que sean pertinentes):		4. ¿Ataques epilépticos?	<b>SÍ NO</b>
( ) sexo oral ( ) sexo vaginal ( ) sexo anal ( ) sexo sin penetración		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
8. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?			
9. ¿Tiene alguna inquietud sexual?	<b>SÍ NO</b>		
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		<b>ENDOCRINO</b>	
		1. ¿Tiene sudores nocturnos?	<b>SÍ NO</b>
		2. ¿Tiene diabetes?	<b>SÍ NO</b>
		3. ¿Tiene enfermedad de la tiroides/tiroidea?	<b>SÍ NO</b>
<b>HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO</b>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Tiene enfermedad hepática (del hígado), hepatitis o enfermedad de la vesícula?	<b>SÍ NO</b>		
2. ¿Tiene algún problema de coagulación de la sangre?	<b>SÍ NO</b>		
3. ¿Tiene historial de cáncer?	<b>SÍ NO</b>	<b>ALERGIAS / INMUNOLOGÍA</b>	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		1. ¿Padece de alguna alergia?	<b>SÍ NO</b>
		2. ¿Está al día su inmunización contra el sarampión?	<b>SÍ NO</b>
<b>RESPIRATORIO</b>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Tiene enfermedad pulmonar (asma, tuberculosis)?	<b>SÍ NO</b>		
COMENTARIOS DEL PERSONAL:			

PLACE PT LABEL HERE

## HISTORIAL MÉDICO MASCULINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

HISTORIAL FAMILIAR				
Historial Familiar no disponible <input type="checkbox"/>				
¿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
Presión alta	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA
Derrame antes de los 55 años	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA
Enfermedad del corazón antes de los 55 años	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA
Alto nivel de Colesterol o grasas	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA
COMENTARIOS DEL PERSONAL:				
CONTROL DE LA NATALIDAD / ANTICONCEPTIVO				
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 usa(n) su(s) pareja(s)?				
COMENTARIOS DEL PERSONAL:				

GENITOURINARIO – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:		
1. ¿Infecciones o enfermedades del sistema urinario, vejiga, riñones?	SÍ	NO
2. ¿Siente dolor o sangra al tener sexo?	SÍ	NO
3. ¿Ha tenido alguna de las siguientes? (marque ✓ las pertinentes)		
( ) clamidia ( ) gonorrea ( ) verrugas genitales		
( ) herpes ( ) sífilis ( ) VIH		
4. ¿Lesión severa del escroto?	SÍ	NO
5. ¿Acumulación de fluido dentro del escroto (hidrocele)?	SÍ	NO
6. ¿Hernia?	SÍ	NO
7. ¿Testículo no descendido?	SÍ	NO
8. ¿Infección del sistema reproductivo, testículos, epidídimo, vas deferens o próstata?	SÍ	NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		
PSICOLÓGICO		
1. ¿Padece de depresión, enfermedad mental, o problemas de ansiedad?	SÍ	NO
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<sup>®</sup> 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