

## 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>Telefono 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?

    /    /       /    /    \_\_\_\_\_     Yes     No

Insurance effective on DOS?    Co-Pay Amount:    Co-Insurance Amount:    Has Deductible been met?    Deductible amount:

Yes     No    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_     Yes     No    \_\_\_\_\_

Does the procedure or service need prior authorization?     Yes     No    Prior authorization #: \_\_\_\_\_

If PPAZ is not in the member's network, does the patient have out-of network benefits?     Yes     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 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?	<b>SÍ NO</b>	1. ¿Pies/piernas hinchados/hinchadas?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿para cuál?		2. ¿Várices/venas varicosas/flebitis?	<b>SÍ NO</b>
2. ¿Fuma cigarrillos?	<b>SÍ NO</b>	3. ¿Presión alta?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿cuántos por día?		4. ¿Colesterol alto o grasas altas?	<b>SÍ NO</b>
3. ¿Toma/bebe alcohol?	<b>SÍ NO</b>	5. ¿Enfermedad del corazón, cirugía del corazón, o soplo en el corazón?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿qué tan seguido?		6. ¿Apoplejía/derrame o síntomas de apoplejía/derrame?	<b>SÍ NO</b>
4. ¿Usa drogas callejeras?	<b>SÍ NO</b>	<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?			
5. ¿Usa medicinas que no requieren receta médica?	<b>SÍ NO</b>	<b>GASTROINTESTINAL – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:</b>	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		1. ¿Náusea/vómito frecuente?	<b>SÍ NO</b>
6. ¿Toma medicinas que requieren receta médica?	<b>SÍ NO</b>	2. ¿Diarrea regularmente?	<b>SÍ NO</b>
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		3. ¿Sangre en las heces?	<b>SÍ NO</b>
7. ¿Se siente segura en su relación actual?	<b>SÍ NO</b>	4. ¿Problemas estomacales, intestinales, o úlceras?	<b>SÍ NO</b>
8. ¿Tiene preocupaciones de violencia doméstica?	<b>SÍ NO</b>	5. ¿Acidez estomacal severa?	<b>SÍ NO</b>
9. ¿La está forzando alguien a tener sexo?	<b>SÍ NO</b>	<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	
<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>			
HISTORIAL DE EMBARAZO		MÚSCULOESQUELÉTICO	
1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?		1. ¿Ha tenido hinchazón/dolor en las articulaciones?	<b>SÍ NO</b>
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?	<b>SÍ NO</b>
6. Número de cesáreas:	7. Número de hijos con defectos de nacimiento:	<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	
8. Número de muerte fetal:	9. Número de abortos:		
10. Número de malpartos / pérdidas:	11. Número de embarazos ectópicos:	<b>NEUROLÓGICO – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:</b>	
12. Número de partos vaginales:		1. ¿Migrañas/dolores de cabeza severos diagnosticados por un Doctor?	<b>SÍ NO</b>
13. ¿Está dando de amamantando actualmente?	<b>SÍ NO</b>	2. ¿Cambios visuales no relacionados con anteojos de graduación o lentes de contacto?	<b>SÍ NO</b>
14. ¿Tiene planes de embarazo para el siguiente año?	<b>SÍ NO</b>	3. ¿Se desmaya cuando le sacan sangre?	<b>SÍ NO</b>
<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>		4. ¿Ataques epilépticos?	<b>SÍ NO</b>
		<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	
HISTORIAL MENSTRUAL		ENDOCRINO	
¿Primer día de su último ciclo menstrual? Fecha: ____ / ____ / ____		1. ¿Tiene sed frecuentemente sin ninguna razón?	<b>SÍ NO</b>
1. ¿Fue éste un ciclo normal?	<b>SÍ NO</b>	2. ¿Tiene hinchazón en el cuello/nuca?	<b>SÍ NO</b>
2. ¿Son sus ciclos usualmente regulares?	<b>SÍ NO</b>	3. ¿Tiene sudores nocturnos?	<b>SÍ NO</b>
3. ¿Por cuántos días sangra regularmente?		4. ¿Tiene diabetes/diabetes gestacional?	<b>SÍ NO</b>
4. ¿De cuántos días son sus ciclos?		5. ¿Tiene enfermedad de la tiroides/tiroidea?	<b>SÍ NO</b>
Es su regla usualmente: ( ) leve ( ) mediana ( ) intensa		<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	
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):		<b>ALERGIAS / INMUNOLOGÍA</b>	
( ) calambres ( ) náusea ( ) dolor de cabeza ( ) dolor de espalda		1. ¿Padece de alguna alergia?	<b>SÍ NO</b>
( ) tensión pre-menstrual ( ) sangrado/manchas de sangre entre menstruaciones		2. ¿Está al día su inmunización contra el sarampión?	<b>SÍ NO</b>
<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>		<b>COMENTARIOS DEL PERSONAL:</b>	

## HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

HISTORIAL SEXUAL		GENITOURINARIO	
1. ¿Se encuentra actualmente sexualmente activa?	<b>SÍ NO</b>	1. ¿Infecciones o enfermedades del sistema urinario, vejiga, riñones?	<b>SÍ NO</b>
2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?		2. ¿Siente dolor o sangra al tener sexo?	<b>SÍ NO</b>
3. ¿Podría estar embarazada ahora?	<b>SÍ NO</b>	3. ¿Cuándo le hicieron su última prueba de Papanicolaou? Fecha: / /	/
4. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente?		4. ¿Ha tenido alguna prueba de Papanicolaou anormal?	<b>SÍ NO</b>
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?	<b>SÍ NO</b>	( ) clamidia ( ) gonorrea ( ) verrugas genitales	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		( ) herpes ( ) sífilis ( ) Enfermedad Pélvica Inflamatoria ( ) VIH	
		7. ¿Tomó su madre DES al estar embarazada con usted?	<b>SÍ NO</b>
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b> 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	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	<b>HEMATOLÓGICO / LIMFÁTICO</b>	
Presión alta	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	1. ¿Ha tenido alguna vez un bulto en el pecho o descarga del pezón?	<b>SÍ NO</b>
Derrame antes de los 55 años	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	2. ¿Tiene los ganglios hinchados en las axilas (debajo de sus brazos)?	<b>SÍ NO</b>
Enfermedad del corazón antes de los 55 años	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	3. Cuando se corta, ¿sangra excesivamente?	<b>SÍ NO</b>
Alto nivel de Colesterol o grasas	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	4. ¿Le salen contusiones (moretes) frecuentes sin ninguna razón?	<b>SÍ NO</b>
Cáncer de los senos	<b>MADRE PADRE HERMANO HERMANA</b>	5. ¿Ha sido alguna vez anémica?	<b>SÍ NO</b>
Cáncer ovárico	<b>MADRE HERMANA</b>	6. ¿Tiene problemas de coagulación de la sangre?	<b>SÍ NO</b>
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		7. ¿Ha tenido cirugía de los senos?	<b>SÍ NO</b>
		8. ¿Tiene un historial de cáncer?	<b>SÍ NO</b>
<b>COTROL DE LA NATALIDAD</b>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Está usando actualmente algún método de control de la natalidad?	<b>SÍ NO</b>		
Si contestó "Sí", ¿cuál método?			
2. ¿Qué método de control de la natalidad desea?		<b>RESPIRATORIO</b>	
3. Si ha usado control de la natalidad anteriormente, escríbalo enseguida:		1. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar (asma, tuberculosis)?	<b>SÍ NO</b>
Tipo de control de natalidad	Cuándo lo uso	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
Problemas, si tuvo alguno			
		<b>PSICOLÓGICO</b>	
		1. ¿Padece de depresión, enfermedad mental, o problemas de ansiedad?	<b>SÍ NO</b>
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

<input type="checkbox"/> 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