

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

¿Ha visitado esta clínica en los últimos dos años?  Si  No

¿Antes de hoy, había visitado cualquier de nuestras Planned Parenthood clínicas?  Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Favor de mencionar cualquier otro nombre(s) que haya usado en Planned Parenthood \_\_\_\_\_

---

Por favor de proveernos con su dirección completa y número(s) de teléfono de su preferencia donde podamos contactarla:

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_  
Calle del Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal Condado

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

¿Cómo usted quisiera que la clínica se comunicara con usted?  cual sea de arriba  correo,  
 teléfono ( casa  trabajo  celular)

**REQUERIDO:** ¿A quien podemos llamar en caso de emergencia o en caso de no poder comunicarnos con usted?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_

Por favor marque (✓) todos los que se apliquen:

Estado Civil:  Casada  Nunca Casada  Anteriormente Casada

Raza:  Blanco  Negro/AA  Hispana  Indio Amer/Alaskan  Asiática  Hawaiian / Isleño Pacífico  Otro

Sexo:  Hombre  Mujer – ¿Cuándo fue el primer día de su ultimo periodo menstrual? \_\_\_\_\_

Por favor indique (✓) la razón de su visita:

- Prueba para infecciones venéreas
- Problemas vaginales
- Infección en las vías urinarias
- Prueba para HIV
- DIU
- ¿Está usted embarazada?  Si  No  No estoy segura
- Pastillas anticonceptivas/Parche/Anillo vaginal
- Exámen anual
- Papanicolau
- Prueba de embarazo
- Gardasil (la vacuna VHP)
- Inyección anticonceptiva (Depo)
- Pastilla anticonceptiva de emergencia
- Colposcopia  Crioterapia  LEEP
- Implanon
- Otro \_\_\_\_\_

Marque (✓) si usted tiene seguro médico:  Si  No

Marque si usted tiene Medicaid:  Si (*presente su tarjeta por favor.*)  No

¿Está usted en el Programa "Take Charge"?  Si (*presente su tarjeta por favor.*)  No

¿Cómo escuchó sobre Planned Parenthood?  Radio/TV/Periódico  Páginas amarillas  Internet  Investigación médica  
 Orador o programa de Planned Parenthood  Amigo  Otro proveedor o agencia médicos  Su consejero del VIH

Me gustaría unirme a la red de acción de Planned Parenthood y recibir lo ultimo en importante información sobre el cuidado de la salud reproductiva para el:  e-mail \_\_\_\_\_  Teléfono  Correo