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 _____

Zip
Código Postal _____

SS#
de Seguro Social _____-____-_____

Date of Birth
Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

House Hold Income
Ingreso de la casa $_____.____

Yearly ❑ Anual
Monthly ❑ Mensual
Weekly ❑ 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 corresponda de nosotros (PPAMA)

Full return address ❑ Dirección completa dé retorno
Street address ONLY ❑ Solamente la dirección de la calle
NO return address ❑ SIN dirección
NO mail ❑ 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 ❑ Diciendo Planned Parenthood
Saying Doctor's Office ❑ Diciendo oficina de doctor
Saying it's a friend ❑ Diciendo que es una amiga
NO calls ❑ Ninguna llamadas

Please check all that apply
Por favor marque todo que aplica

Sex — Female / Male
Sexo - ❑ Femenino ❑ Masculino

Race — American Indian or Alaskan Native / Asian / Black or African American / Native Hawaiian or Pacific Islander / White
Raza - ❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Moreno o Americano Africano ❑ Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico ❑ Blanco

Hispanic — Yes – Hispanic or Latin / Not – Hispanic nor Latin / Unknown
Hispano - ❑ Si – Hispano o Latino ❑ No – Hispano o Latino ❑ No sabes

Marital Status — Divorced / Living together / Married / Separated / Single / Widowed
Estado Marital - ❑ Divorciada ❑ Viven juntos ❑ Casada ❑ Separada ❑ Soltera ❑ Viuda

Referral — Family o Friend / Hospital / Hot Line / Media / Other patient / Phone book
Referido - ❑ Familia o Amiga ❑ Hospital ❑ Línea Abierta ❑ Medio de comunicación ❑ Otra paciente ❑ Libro de teléfono
Outreach / Private Doctor / Welfare
❑ Alcance ❑ Médico privado ❑ Welfare

Language — English / Other
Idioma - ❑ Ingles ❑ Otro _____
Interpreter Needed
❑ Necesito un Interprete

Student — Yes / No
Estudiante - ❑ Si ❑ No
Highest grade f school you completed
Grado mas alto que ha completado en la escuela _____

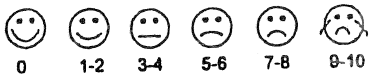
Planned Parenthood of the Mercer Area **Patient Label**

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 
		10. Su pareja ha estado recientemente en tratamiento por enfermedades trasmitidas 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: _____