DCHD-FAMILY PLANNING PROGRAM-Interim History S.S.N. _____ Today's Date: _____

Name _____ Date of Birth _____ Age _____

Address _____
Street City State Zip

May we send you mail to the above address in a plain envelope? No _____ Yes _____
How may we contact you Monday through Friday between 8 a.m. and 4:30 p.m.? Email _____

Home Phone (_____) _____ Work Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____Text? N / Y

Friends Phone (_____)_____ Friends Name _____

Who may we contact in an emergency? Name _____ Phone (_____)_____

Address _____ Relationship _____

Please answer the following questions so that we will know of any changes since your last yearly exam in the Family Planning Program of the DeKalb County Health Department. **SINCE YOUR LAST YEARLY EXAM HERE,** have you had:

Any pregnancies? No _____ Yes _____ Are you breastfeeding now? No _____ Yes _____
Are you planning a pregnancy in the next year? No _____ Yes _____
Medical problems requiring a doctor's care? No _____ Yes _____
New allergies? No _____ Yes _____
Are you currently taking any medication? No _____ Yes _____ Prescription medicine? No _____ Yes _____
Are you having any medical problems or symptoms now that concern you? No _____ Yes _____

Comments:

Have your **parents, brothers or sisters** developed any of the following?
Heart attack before age 50? No _____ Yes _____ _____
High blood pressure? No _____ Yes _____ _____
High cholesterol? No _____ Yes _____ _____
Diabetes? No _____ Yes _____ _____
Cancer of breast, cervix, uterus or ovaries? No _____ Yes _____ _____

Do you smoke? No _____ Yes _____ If yes, how much? _____
Do you drink alcoholic beverages? No _____ Yes _____ If yes, what/how much/how often? _____
Do you now or have you ever used illegal drugs? No _____ Yes _____ If yes, what and how often? _____

What method of birth control are you using now? _____
Are you having problems with this method? No _____ Yes _____
Do you want to continue using this method? No _____ Yes _____
If not, what method do you want to use?

What was the first day of your last menstrual period? Month _____ Day _____ Year _____
Have you been having any irregular bleeding? No _____ Yes _____ Missed periods? No _____ Yes _____
Any chance that you might be pregnant now? No _____ Yes _____

Do you have sex with: Males _____ Females _____Both _____ How many sexual partners have you had in the last year? _____
Have you been diagnosed with a sexually transmitted infection in the past three years? No _____ Yes _____
Have you changed sex partners in the past three months? No _____ Yes _____
Have you and/or your partner(s) had: Oral sex _____ Anal sex _____ Vaginal sex _____
What are you doing to protect yourself from AIDS?

Are you in a relationship with a person who physically hurts or threatens you? No _____ Yes _____
Has anyone forced you to have sex when you did not want to or make you do things sexually that you did not want to do? No _____ Yes _____
Do you feel that any of your partners have put you at risk for an STD or HIV? No _____ Yes _____
Have you ever had a sex partner with a history of injected drug use? No _____ Yes _____
Do you have sex with men who have sex with men? No _____ Yes _____

Do you have any other problems or concerns we should be aware of today? No _____ Yes _____
I acknowledge that the above information is correct and complete.

_____With _____
Intake Staff Signature Client Signature Date

Revised 10/07, 3/11, 7/12, 2/13, 3/15

DCHD-PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR-Historia Ínterin

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____Fecha de Nacimiento_____ Edad_____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Le podemos enviar correo a la dirección arriba indicada en un sobre sencillo? No_____ Si_____

Cómo podemos comunicarnos con usted Lunes-Viernes entre 8:00 a.m. y 4:30 p.m.? Correo Electrónico_____

Teléfono de Casa ( ) _____ Teléfono de Trabajo ( ) _____ Celular ( ) _____Texto OK?

Teléfono de una Amiga/o ( ) _____ Nombre de la Amiga/o_____

Con quien podemos comunicarnos en caso de emergencia? Nombre_____ Teléfono ( ) _____

Dirección: _____ Relación_____

Por favor conteste las siguientes preguntas para nosotros saber de algún cambio desde su último examen anual en el Programa de Planificación Familiar del Departamento de Salud del Condado de DeKalb. **DESDE SU ÚLTIMO EXAMEN AQUI**, usted ha tenido:

Algún embarazo? No_____ Sí_____ Está dando pecho ahora? No_____ Si_____
Está planeando un embarazo en el próximo año? No_____ Si_____
Problemas médicos requiriendo cuidado de un médico? No_____ Sí_____
Nuevas alergias? No_____ Sí_____
Está tomando medicamentos ahora? No_____ Sí_____ Medicina recetada? No_____ Sí_____
Está teniendo problemas médicos o síntomas ahora que le preocupan? No_____Sí_____

Comentarios:

Han desarrollado sus **padres, hermanos, o hermanas** cualquiera de estas enfermedades?

Ataques del corazón antes de los 50 años? No_____ Sí_____ _____
Alta presión? No_____ Sí_____ _____
Colesterol alto? No_____ Sí_____ _____
Diabetes? No_____ Sí_____ _____
Cáncer de los senos, cuello del útero, útero u ovarios? No_____ Sí_____ _____

Fuma usted? No_____ Sí_____ Sí, si cuantos?_____
Toma bebidas alcohólicas? No_____ Sí_____ Sí, sí que/cuantos/con qué frecuencia?_____
Alguna vez ha usado o usas ahora drogas ilegales? No_____ Sí_____ Sí, sí que y con qué frecuencia?_____

Qué tipo de control de natalidad está usando ahora? _____
Estas teniendo problemas con este método? No_____ Sí_____
Quieres continuar usando este método? No_____ Sí_____
Si no, que método quieres usar? _____

Cuándo fue el primer día de su último periodo? Mes_____ Día_____ Año_____
Ha estado sangrado irregularmente? No_____ Sí_____ Ha faltado un periodo? No_____ Sí_____
Cualquier posibilidad que usted puede estar embarazada ahora? No_____ Sí_____

Usted tiene sexo con: Hombres____ Mujeres____ Ambos____ Cuantos compañeros sexuales usted ha tendido en el último año? ____
Usted estado diagnosticada con una enfermedad transmitida sexualmente en los últimos 3 años? No_____ Sí_____
Usted ha cambiado su pareja sexual en los últimos 3 meses? No_____Sí _____
Usted y/o su compañero(s) han tenido: Sexo Oral_____ Sexo del Ano_____ Sexo Vaginal_____
Que estás haciendo para protegerse contra el SIDA? _____

Usted está en una relación con una persona que físicamente la golpea o la amenaza? No_____ Si_____
Algún la alforzado a tener sexo cuando usted no quería o la hizo hacer cosas sexuales que usted no quería hacer? No___ Si___
Usted siente que algunos de sus compañeros le han puesto en riesgo para una enfermedad sexualmente transmitida o VIH? No___ Si___
Usted alguna vez a tendió un compañero sexual con una historia de uso de drogas inyectadas? No_____ Si_____
Usted tiene sexo con hombres que tienen sexo con hombres? No_____ Si_____

Usted tiene otros problemas o preocupaciones de cuales nosotros deberíamos saber hoy? No_____ Si_____
Yo reconozco que la información de arriba es correcta y completa.

_____ Con _____

Firma del Personal de Admisión Firma del Cliente Fecha