

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Raza** (Marque **todo** que apliquen):

- Blanco  Negro  Nativo Americano/ Nativo de Alaska  Asiático  Nativo Hawaiano/ Islas del Pacífico  Desconocido

**Etnicidad:**  Hispana  No Hispana

**Idioma Primario:**  Inglés  Español  Otro (identifique) \_\_\_\_\_

**Por favor marque TODAS las maneras que podemos comunicarnos con usted:**

- Llamamos a su casa  Llamamos a su casa, no nos identifiquemos  Correo Electrónico  
 Llamamos a su celular  Llamamos a su celular, no nos identifiquemos  Mandamos correo, usando sobre sencillo  
 Llamamos a su trabajo  Llamamos a su trabajo, no nos identifiquemos  Texto a su celular  
 Otro (identifique) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

**Como se entero acerca de nosotros? (Marque uno)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otra Clínica de Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Agencia Social o Iglesia                               | <input type="checkbox"/> Familia/Amiga                    |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Agencia de Salud              | <input type="checkbox"/> Escuela  | <input type="checkbox"/> Medios/Guía Telefónica/Internet  |
| <input type="checkbox"/> Medico Privado                         | <input type="checkbox"/> Otra Paciente  | <input type="checkbox"/> Línea Directa                    |
| <input type="checkbox"/> WIC/Madres Saludables/Niños Saludable  | <input type="checkbox"/> El Programa de Cáncer del Seno o de Cerviz de Illinois | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humano |

Que es la razón de su visita? \_\_\_\_\_

Estas teniendo algún problema? \_\_\_\_\_

Yo también quisiera información para:  Dejar de fumar,  Abuso de sustancias (drogas),  Alimentación

Su medico privado/clínica: \_\_\_\_\_ Hospitalizada/Cirugías/Heridas Graves: \_\_\_\_\_

Marque los nombres de sus medicamentos corriente o del ultimo año: \_\_\_\_\_

Indique cualquier cuidado medico en el ultimo año: \_\_\_\_\_

Usted a sido vacunada para?  Rubéola  Tétano  Hepatitis B  Virus del Papiloma Humano

**Alguna Historia Familiar De?** Incluye solamente padres, hermanos y hermanas. (Si es adoptada no preste atención si usted no sabe)

- Enfermedad del Corazón/ Colesterol Alto/Alta Presión \_\_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_\_  
 Cáncer del Seno \_\_\_\_\_  
 Otra \_\_\_\_\_

Confidencialidad se mantendrá en todos los registros y las conversaciones. Información o registros sólo se liberará a otros con su consentimiento por escrito, excepto cuando sea necesario para ofrecer otros servicios, como es requerido por la ley, con las salvaguardias apropiadas de confidencialidad.

**Usted tiene ahora a tenido una vez:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer (1)                       | <input type="checkbox"/> Diabetes (8)                             | <input type="checkbox"/> Asma/Tuberculosis/Dificultad en Respirar (15) |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón/Soplos (2) | <input type="checkbox"/> Migrañas (9)                             | <input type="checkbox"/> Mono/Hepatitis/Problemas del Hígado (16)      |
| <input type="checkbox"/> Derrame (3)                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones (10)                        | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago o Intestinal (17)      |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (4)              | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre antes de 1984 (11) | <input type="checkbox"/> Problemas del la Vesícula (18)                |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión (5)                 | <input type="checkbox"/> Depresión/Problemas Emocionales (12)     | <input type="checkbox"/> Problemas del los Riñones o Vejiga (19)       |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre (6)           | <input type="checkbox"/> Alergias/Reacciones a Drogas (13)        | <input type="checkbox"/> Problemas de los Tiroides (20)                |
| <input type="checkbox"/> Anemia (7)                       | <input type="checkbox"/> Problemas Genética (14)                  | <input type="checkbox"/> Otras Condiciones Medicas (21)                |

Comentarios del Personal: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flujo u Olor Raro de la Vagina (1)               | <input type="checkbox"/> Dolor o Sangrado con Relaciones Sexuales (5) | <input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormales (9) | <input type="checkbox"/> Sífilis (13)  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes de la Vagina (2)          | <input type="checkbox"/> Falta o Periodos Raros (6)                   | <input type="checkbox"/> Clamidia/Gonorrea (10)     | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA (14) |
| <input type="checkbox"/> Comezón/Ardor/ Llagas de la Vagina (3)           | <input type="checkbox"/> Manchando/Sangrando entre Periodos (7)       | <input type="checkbox"/> Llagas Genitales (11)      |  |
| <input type="checkbox"/> Infección de Ovarios/Tubos/Útero                 | <input type="checkbox"/> Fibroides o Crecimiento Uterino (8)          | <input type="checkbox"/> Herpes (12)                |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica (4)              |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades transmitidas sexualmente (15) |   |   |  |

Comentarios del Personal: \_\_\_\_\_

Este es su primer examen pélvico? \_\_\_\_\_ Si no, fecha y resultado del ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_  
El primer día de su ultimo periodo normal? \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)  
Con que frecuencia le baja su periodo, cada cuantos días? \_\_\_\_\_ Por cuanto días usted sangra? \_\_\_\_\_  
Sus periodos son:  leve  mediano  pesado Edad que comenzó su primer periodo? \_\_\_\_\_  
Si usted nació antes de 1972 su madre tomo medicamentos para evitar un aborto natural? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sabes \_\_\_\_\_  
Usted esta teniendo relaciones sexuales corrientemente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Edad de su primera relación sexual \_\_\_\_\_  
Usted ha tenido relaciones sexuales sin usar un método de anticonceptivos desde su último periodo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Numero total de embarazos: \_\_\_\_\_ Apunte el mes y año que cada embarazo termino: \_\_\_\_\_  
Numero de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Niños Viviendo: \_\_\_\_\_ Aborto Natural: \_\_\_\_\_ Aborto Inducido \_\_\_\_\_ Nacimiento de Bebe Muerto \_\_\_\_\_  
Complicaciones con algún embarazo? (ejemplo; toxemia, diabetes, problemas genético) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si, si explique \_\_\_\_\_  
Usted alguna vez a tenido un embarazo ectopico (tubos)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parto Prematuro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted esta dando pecho corrientemente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Que usted usado para anticonceptivos? Marque todo lo que aplique. Que método quiere usar ahora?** \_\_\_\_\_

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pastillas      | <input type="checkbox"/> DIU/SIU             | <input type="checkbox"/> Condones/Preservativos de Hombre | <input type="checkbox"/> Abstinencia      |
| <input type="checkbox"/> Parches        | <input type="checkbox"/> Inyección de Depo   | <input type="checkbox"/> Condones/Preservativos de Mujer  | <input type="checkbox"/> Método Natural   |
| <input type="checkbox"/> Anillo         | <input type="checkbox"/> Implante de Hormona | <input type="checkbox"/> Ningún Método                    | <input type="checkbox"/> Método de Retiro |
| <input type="checkbox"/> Estéril/Hombre | <input type="checkbox"/> Diafragma           | <input type="checkbox"/> Espermicida                      |   |
| <input type="checkbox"/> Estéril/Mujer  | <input type="checkbox"/> Esponja             | <input type="checkbox"/> Otro Método                      |   |

Algún problema con algún metodo? \_\_\_\_\_

Usted fuma? No  Si  Si, si cuantos: \_\_\_\_\_  
Usted toma bebidas alcohólicas? No  Si  Si, si Que/Cuanto/Con que frecuencia: \_\_\_\_\_  
Usted ahora o alguna vez usado drogas ilegales? No  Si  Si, si que y con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Usted tiene sexo con: Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Cuantos compañeros sexuales usted a tenido en el ultimo año? \_\_\_\_\_  
Usted ha sido diagnosticada con una enfermedad sexualmente transmitida en los últimos tres años? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted ha cambiado compañeros sexuales en los últimos tres meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted y/o su compañero han tenido: Sexo Oral \_\_\_\_\_ Sexo del Ano \_\_\_\_\_ Sexo Vaginal \_\_\_\_\_  
Usted esta en una relación con una persona que físicamente la golpea o la amenaza? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Alguien le alforzado a tener sexo cuando usted no quería o le hizo ser cosas sexuales que usted no querría ser? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted siento que algunos de sus compañeros le han puesto en riesgo para una Enfermedad Sexualmente Transmitidas o VIH? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted ha tenido un compañero sexual con una historia de uso de drogas inyectadas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Usted tiene sexo con hombres que tienen sexo con hombres? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Que esta haciendo usted para protegerse contra VIH/SIDA? \_\_\_\_\_

AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO LA INFORMACION ANTERIOR ES EXACTA Y COMPLETA.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Personal Completando la Hoya de Admisión \_\_\_\_\_