

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

Name _____ Date of Birth _____ Age _____

Address _____
Street Apt.# 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.

Intake Staff Signature _____ With _____ Client Signature _____ Date _____

*Requires interpreter Número de Seguro Social: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección: _____
 Calle Apt.# 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