

Tabla # _____

¿Restricción de Contactos? Sí _____ No _____

PLANILLA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre en letra imprenta _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Apellido Nombre 2do Nombre Apellido de Soltera

Tel. casa # _____ Mejor hora para llamar _____
Celular # _____

Dirección _____

SS# _____ - _____ - _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Trabajo: Tiempo completo Medio tiempo NO Trabajo Lugar de Trabajo y/o Escuela _____

Teléfono del Trabajo _____ Mejor hora para llamar _____ E-mail _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono # _____

Vivo con: Esposó(a)/Pareja Padres Otros Solo Cuántas personas viven en su casa? _____

Debemos contactarlo para darle los resultados de sus pruebas. Por favor señale **todas** las formas de contactarlo:

- Llamar a casa Llamar al trabajo Llamar a casa como "Heidi" Llamar al celular Por correo a casa
- Sobre común E-mail Otro

Debido a que recibimos fondos federales, **debemos** obtener esta información sobre usted:

Puede señalar **más de uno**: Blanco Afroamericano/Negro Indio americano/Nativo de Alaska

Asiático Isleño del Pacífico/Nativo Hawaiano No Sabe

Por favor señale **uno**: Origen: Hispano/Latino No-Hispano/No-Latino No Sabe

¿Está cubierto por un seguro público de salud como Medicaid, Medicare, CHIP, TRICARE/CHAMPUS, CHAMPVA o Kids Connection? Sí No No Sabe

¿Está cubierto por un seguro de salud privado? Sí No No Sabe

¿Su seguro cubre Planificación Familiar? Sí No No Sabe

Deseo solicitar tarifas reducidas y daré información completa y honesta al personal sobre mis ingresos.

NO deseo solicitar tarifas reducidas. Facture a mi seguro. Facture a Medicaid # _____

LISTE TODAS LAS FUENTES DE APOYO FINANCIERO (indique todas las cantidades antes de cualquier deducción)

Fuente de Ingreso:	- Su empleo (recibos de pago)	Cantidad Mensual: _____
	- Esposó(a) pareja o Empleo de uno de los padres	_____
	- Hijos Dependientes (AFDC/ADC) Ayuda para menores dependientes	_____
	- Manutención Infantil y/o Pensión Alimenticia	_____
	- Ingreso Suplementario del Seguro Social/Subvención por Desempleo	_____
	- Seguridad Social, pensión, pensión ferroviaria, seguro y pensión vitalicia	_____
	- Dividendos, intereses, ingreso por renta, fondos de inversiones	_____
	- Otras fuentes (pensiones, mesadas, etc.) _____	_____

¿Cuántas personas, incluyéndose usted, se mantienen con estos ingresos? _____

El costo por los servicios se basa en la escala de tarifas según ingresos. Usted es responsable por cualquier cobro que pueda haber.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD: este registro médico es confidencial y no será divulgado a nadie sin su consentimiento por escrito, excepto cuando así lo requiera la ley.

FOR OFFICE USE ONLY:

Staff Initials/Date _____

VERIFIED TOTAL MONTHLY INCOME _____

INCOME CODE: A(1) B(2) C(3) D(4) E(5)

3rd party: Ins Medicaid EWM

HISTORIAL MÉDICO MASCULINO

NOMBRE _____ **EDAD** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

Estado Civil S C D V Separado Vive con alguien

Alergias _____

Hospitalizaciones/cirugía _____

Medicinas que está tomando actualmente (incluyendo

Enfermedades graves/lesiones _____

sin prescripción) _____

Razón para la visita de hoy: _____

Médico de cabecera: _____ Fecha de la última visita: _____ Hallazgos Anormales: S N

Usted usa: ¿Tabaco? Sí No tipo/cantidad por día _____ ¿Alcohol/Drogas? Sí No Si usa: tipo/cantidad _____

Ha tenido: ¿German Measles(Rubéola)? Sí No ¿Está vacunado para la Rubéola? Sí No No sabe

¿Recibió las vacunas comunes de la infancia? S N

Historia Familiar: ¿Algún miembro de su familia (padres, hermanos, abuelos) ha padecido de lo siguiente? Por favor marque todo lo que aplique e indique el parentesco de quien lo ha padecido: Señale aquí si no conoce su historia biológica familiar

Diabetes _____ Derrame cerebral _____ Enfermedad cardíaca _____ Coágulos sanguíneos _____

Presión sanguínea alta _____ Colesterol alto _____ Anemia Drepanoítica _____

Cáncer (si la respuesta es sí, tipo y parentesco) _____

Defectos congénitos/enfermedades genéticas (si la respuesta es sí, tipo y parentesco) Otro _____

Historial Médico Pasado: usted tiene, o alguna vez ha tenido (señale todo lo que aplique):

GENERAL Dolores de cabeza frecuentes o severos

Pérdida de peso inexplicable

Mareo/desvanecimiento

Ataques/epilepsia/convulsiones

Desórdenes de la piel

Dolor de piernas/sensibilidad, hinchazón

Dolor en las articulaciones

Escalofríos recientes/fiebre

Problemas de peso

ENDOCRINA Diabetes

Desorden de tiroides

Sed excesiva

CORAZÓN

Dolor del pecho

Dificultad respiratoria

Fiebre Reumática

Prolapso de la válvula mitral

Soplo en el corazón

Presión sanguínea alta

Derrame cerebral

OJOS/NARIZ/OIDOS/GARGANTA

Problemas de visión (borrosa/visión doble, manchas)

Problemas de escucha

Dificultad al tragar

Nariz irritada/moqueo

ABDOMEN

Enfermedad de la vesícula biliar

Úlceras Gástricas

Acidez estomacal

Dolor

PULMONES Tos crónica

Fiebre del Heno

Asma

TB/Tuberculosis

HÍGADO

Hepatitis

Ictericia

Mononucleosis

SANGRE Transfusiones/ Productos sanguíneos

Anemia

Colesterol alto

Coágulos sanguíneos

Hematomas inusuales

Desórdenes de la sangre

Uso de droga inyectable

CÁNCER

TIPO _____

SENOS

Nódulos

Supuración del pezón

INTESTINOS

Constipación/Diarrea

Sangre en la materia fecal

Dolor/sangrado rectal

PSICOSOCIAL

Depresión/ansiedad

Historia de abuso

Pensamientos suicidas

HISTORIA UROLÓGICA/GENITAL

- Problemas o infección de riñones/vejiga
- Sangre en la orina
- Micción nocturna
- Dolor, ardor, dificultad al orinar o micciones frecuentes
- Lesión en los testículos o la ingle
- Hernia/Hidrocele/Varicocele
- Supuración del pene
- Llagas/protuberancias/sarpullido en área genital
- Dolor/sangrado al eyacular o en el coito

¿Usted ha orinado en la última hora? Sí No

Otras preocupaciones/Historia pertinente: _____

HISTORIA SEXUAL

¿Actualmente, es usted sexualmente activo? Sí No

Parejas sexuales que ha tenido: _____

Edad en la que tuvo la primera relación sexual: _____

Parejas anteriores/actuales: masculinas femeninas ambas

¿Cuántas parejas tiene actualmente? _____

¿Han tenido sus parejas anteriores/actuales ITS o VIH?

Sí No No sabe Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Han tenido sus parejas anteriores/actuales múltiples parejas o

eran bisexuales (tuvo sexo con hombres y mujeres)? Sí No

¿Sus parejas anteriores/actuales se inyectan drogas? Sí No

¿Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses?

Sí No

Qué tipo de sexo tiene: Vaginal Oral Anal

Infección Transmitida Sexualmente (Gonorrea, Clamidia, verrugas, Herpes, Hepatitis)

Tipo: _____

¿Tiene VIH? Sí No No sabe

¿Desea que le hagan una prueba de VIH? Sí No

¿Alguna vez ha sido forzado a hacer una actividad que usted no quería hacer? Sí No

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Ha tenido hijos? Sí No ¿cuántos? _____

¿Planea tener más hijos? Sí No indeciso

¿Usted y su(s) pareja(s) están usando un método de control natal actualmente? Sí No indeciso, si la respuesta es sí, qué tipo(s)? _____

¿Desea tener más información sobre control natal? Sí No

NUTRICIÓN

Cuántas porciones come por día de lo siguiente: Frutas _____ vegetales _____ frutos secos/frijoles _____
huevos/carnes _____ leche/lácteos _____ cafeína _____

EDUCACIÓN:

Examen Físico

Información de emergencia

ITS/VIH

Anatomía femenina/masculina NA

Ejercicio NA

Ed. adolescente. NA

(Incluir abstinencia, participación de la familia, anticoncepción, sexo más seguro, y coerción sexual)

Información del condón

Dejar de fumar

Abuso de alcohol/drogas NA

Abuso NA

Opciones de anticoncepción

(Incluir, métodos de planificación familiar natural - NFP por sus siglas en inglés- uso efectivo de métodos, sus beneficios y eficacia)

Nutrición

Servicios clínicos

disponibles

Importancia de exámenes

y pruebas

GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD

Este registro médico es confidencial y no será revelado a nadie sin su consentimiento por escrito, excepto si así lo requiere la ley.

Según mi leal saber y entender, la historia anterior es exacta y completa. Como se ha indicado arriba, se me ha dado la información educativa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo 18 años de edad o menos, se me ha exhortado lo suficiente a discutir mis necesidades en cuanto a planificación familiar con mis padres. Si soy fumador, se me ha dado la información y entiendo el riesgo de consumir tabaco. Se me ha informado también que si me hacen pruebas por enfermedades transmitidas sexualmente (ITS), es requerido por ley que se reporten los resultados positivos de éstas a las agencias de salud pública. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska puede acceder a mis registros médicos para determinar la calidad de los servicios provistos por esta agencia.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Mediante la presente, doy mi consentimiento para análisis, consulta y tratamiento en esta clínica.

Firma del paciente: _____ Firma del personal: _____ Fecha: _____

ASESORAMIENTO DE SALUD SEXUAL

Favor de circular el grupo apropiado a su edad: 0 – 24 25 – 40 41 o más

¿Ha tenido alguno de los siguientes?:

- | | | |
|---|----|----|
| ➤ a. ¿Nuevo o múltiples parejas en los últimos 90 días? | Sí | No |
| ➤ b. ¿Contacto con una pareja que tiene una enfermedad transmitida sexualmente (ETS)? | Sí | No |
| ➤ c. ¿Señales y síntomas de una enfermedad transmitida sexualmente? | Sí | No |
| _____ ¿Flujo vaginal que usted siente que no es normal? | | |
| _____ ¿Manchas de sangre entre periodos? | | |
| _____ ¿Dolor con relaciones sexuales/periodos dolorosos? | | |
| _____ ¿Ardor urinario? | | |
-
- ¿Recientemente ha tenido sexo sin protección? Sí No
 - ¿Usa condones? Sí No Si es Sí, que tan seguido? _____
 - ¿Usted tiene sexo con hombres , mujeres , ambos
 - ¿Usted tiene sexo vaginal , sexo oral , sexo anal
 - ¿Usted ha tenido una ETS? Sí No
 - ¿Usted usa alcohol , drogas , drogas intravenosas
 - ¿Ha sido liberado su pareja de una correccional (carcel) en el último año o esta actualmente en una correccional (carcel). Sí No
 - ¿Usted ha tenido una transfusión de sangre o otros productos de sangre **ANTES** de 1985? Sí No

(DO NOT FILE IN PATIENT MEDICAL RECORD)
(NO ARCHIVE EN LOS REGISTROS MEDICOS DEL PACIENTE)