

PLANILLA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre en letra imprenta _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Apellido Nombre 2do Nombre Apellido de Soltera

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

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: Esposo(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) - Esposo(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 (propinas, mesadas, etc.) _____	Cantidad Mensual: _____ _____ _____ _____ _____
---------------------------	--	---

¿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 FEMENINO

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: _____

Fecha del último Papanicolaou: _____ ¿Historia de Papanicolaou anormal? Sí No No sabe, si la respuesta es sí, ¿qué tipo de tratamiento recibió? _____

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

Ha tenido: ¿German Measles(Rubéola)? Sí No Vacunado No sabe ¿Recibió las vacunas comunes de la infancia? Sí No No sabe

¿Su madre tomó DES (medicamento para prevenir abortos) cuando estaba embarazada de usted? Sí No

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 Drepanolítica _____

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

Colesterol alto

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/Exposición a 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

Máximo grado escolar finalizado _____

HISTORIA UROLÓGICA/GENITAL

- Problemas o infección de riñones/vejiga
- Sangre en la orina
- Micción nocturna
- Dolor, ardor, dificultad al orinar o micciones frecuentes
- Llagas/protuberancias/sarpullido en el área genital
- Quistes en los ovarios
- Síndrome de Ovario Policístico
- Dolor/sangrado con el coito
- Endometriosis
- Cáncer genital, si la respuesta es sí explique _____

HISTORIA MENSTRUAL

- Primer día del último periodo menstrual _____
- ¿Fue normal? Sí No
- ¿Si está usando anticonceptivos, usted menstrua "a tiempo"? Sí No
- ¿Tiene sangrado anormal? Sí No
- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo? _____
- ¿Con qué frecuencia le llega su periodo? cada _____ días.
- ¿Por cuántos días sangra? _____
- Su flujo menstrual es: ligero mediano abundante
- ¿Sufrir de dolores menstruales? leves moderados severos ¿Sufrir de Síndrome Premenstrual (SPM) Sí No

HISTORIA DE ANTICONCEPCIÓN

- ¿Planea tener hijos en el futuro? Sí No indecisa
- ¿Actualmente usted y su pareja(s) están usando anticonceptivos?
 Sí No Insegura, si la respuesta es sí ¿qué tipos? _____
- ¿Qué tipos ha usado antes? _____
- ¿Por cuánto tiempo los usó? _____
- ¿Cuándo dejó de usarlos y por qué? _____
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a un método anticonceptivo? Sí No Si la respuesta es sí, cuál: _____
- ¿Desea tener más información sobre control natal? Sí No

Otras preocupaciones/ historia pertinente: _____

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)

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 forzada a hacer una actividad que usted no quería hacer? Sí No
- ¿Tiene alguna pregunta sobre sexualidad humana?(Ej. orgasmo, lubricación) _____

HISTORIA DE EMBARAZOS

- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- ¿Cuántos alumbramientos __ abortos espontáneos ____ abortos inducidos? _____
- ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
- ¿Cuántos alumbramientos de un niño muerto ha tenido? _____
- ¿Alguna vez ha tenido un embarazo ectópico? _____
- ¿Has puesto algún niño o niña en adopción? _____
- ¿Ha tenido problemas durante el embarazo o parto? _____
- ¿Planea tener más hijos en el futuro? Sí No indecisa

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)

CONSENTIMIENTO PARA SUMINISTRO DE ANTICONCEPTIVOS (CONTROL NATAL)

Nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ Fecha _____

Por medio de la presente afirmo que de manera voluntaria estoy requiriendo al médico y al personal de esta clínica que me suministren anticonceptivos. Se me han explicado los beneficios, riesgos, efectos colaterales, problemas si se descontinúan y efectividad de los métodos de anticoncepción disponibles. Se me ha dicho que los beneficios, riesgos y efectos secundarios que podría experimentar están en la siguiente lista; pero que otros, que no están enunciados, podrían ocurrir, y que yo debería leer cuidadosamente la información de los fabricantes que recibo con la prescripción.

Método	Efectividad	Beneficios	Riesgos	Efectos Colaterales	Problemas al Descontinuarse
Anticonceptivos Orales (píldora)	99.6% Si es tomada correctamente; 97% progestina sólo si se toma correctamente	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Menos Cólicos ♦ Menos Sangrado ♦ Ayuda a regular el ciclo ♦ Reduce el SPM ♦ Mejora el acné ♦ Período Mensual ♦ Disminuye el riesgo de Cáncer de los Ovarios y Cáncer del Endometrio 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aumenta el riesgo de ataque cardíaco y derrame cerebral (fumar duplica los factores de riesgo) ♦ Coágulos sanguíneos en las piernas/pulmones ♦ Enfermedad de la vesícula biliar(especialmente con el uso prolongado) ♦ Presión Sanguínea Alta ♦ Disminuye la protección contra el embarazo cuando se toma con ciertas drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sangrado entre períodos ♦ Dolores de cabeza ♦ Problemas de la visión ♦ Sensibilidad de los senos ♦ Cambios de ánimo/ Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Ciclos irregulares ♦ Períodos abundantes ♦ Se incrementan los cólicos menstruales ♦ SPM ♦ ACNÉ
EVRA (Parche)	99% Cuando se usa correctamente	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conveniente ♦ Régimen Semanal ♦ Período ♦ Verificable ♦ No necesita administración oral 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Incrementa el riesgo de ataque cardíaco y derrame cerebral (fumar duplica los factores de riesgo) ♦ Coágulos sanguíneos en las piernas /pulmones ♦ Enfermedad de la Vesícula biliar(especialmente con el uso prolongado) ♦ Puede no ser efectivo en mujeres de más de 198 lbs. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sensibilidad de los senos ♦ Dolores de cabeza ♦ Reacción de la parte en que se aplica ♦ Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Ciclos irregulares ♦ Períodos abundantes ♦ Se incrementan los cólicos menstruales ♦ SPM ♦ ACNÉ
Implanon (Implante de una sola varilla)	99% Cuando se usa correctamente	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Puede ser usado cuando se está lactando ♦ Alta efectividad por 3 años ♦ Discreto ♦ Disminuye los cólicos menstruales ♦ No Estrógeno 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Coágulos sanguíneos en las arterias y venas ♦ Pacientes con enfermedad del hígado deben ser monitoreados cuidadosamente 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Irregularidades menstruales ♦ Dolor de cabeza ♦ Sensibilidad de los senos ♦ Posible aumento de peso ♦ Quistes Ováricos 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Ciclos irregulares ♦ Cambios en el período (puede ser más ligero o más abundante) ♦ Períodos abundantes ♦ Se incrementan los cólicos menstruales
Depo Provera (150mg/inyectable)	99% Si las inyecciones se aplican cada 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conveniente ♦ Menos flujo menstrual ♦ No Estrógeno ♦ Mejora los Síntomas Menstruales 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Posible interacción con otras drogas ♦ El uso a largo plazo contribuye a pérdida ósea (más de 2 años) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aumento de peso ♦ Posiblemente no periodos después de 6-9 semanas ♦ Dolores de cabeza ♦ Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Ausencia del período hasta por un año ♦ Incremento del sangrado en los períodos ♦ Incremento de Síntomas Menstruales
Nuva Ring	96% Cuando se usa correctamente	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conveniente ♦ Fácil de usar ♦ Consistencia en la liberación de Hormonas ♦ Buen control del ciclo ♦ Mejora el acné ♦ Período mensual 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Incrementa el riesgo de ataque cardíaco y derrame cerebral (fumar duplica los factores de riesgo) ♦ Coágulos sanguíneos en las piernas/pulmones ♦ Tumores en el hígado ♦ Casos Raros de Síndrome de Shock Tóxico 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dolor de cabeza ♦ Incremento del flujo vaginal ♦ Irritación vaginal o infección ♦ Náuseas ♦ Sensibilidad de los senos 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Ciclos irregulares ♦ Períodos abundantes ♦ Se incrementan los cólicos menstruales ♦ SPM ♦ ACNÉ
Para Guard DIU	99.2%	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No hormonas ♦ Conveniente ♦ Puede durar hasta 10 años 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Perforación del útero ♦ Incrementa las posibilidades de infección en las trompas y el útero si se infecta con ETS ♦ Alergia al cobre ♦ Incrementa el riesgo de embarazo Ectópico, si la concepción ocurre con el DIU colocado 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Incremento del sangrado menstrual y cólicos ♦ Posible anemia debido al incremento del flujo menstrual 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo
Mirena DIU	99.9%	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conveniente ♦ Puede durar hasta 5 años ♦ Disminuye el flujo menstrual ♦ Mejoría de los cólicos menstruales 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Perforación del útero ♦ Incremento de las posibilidades de infección en las trompas y el útero si se infecta con ETS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Cambios de ánimo ♦ Acné ♦ Dolor de cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Embarazo ♦ Incremento del sangrado con los períodos ♦ Se incrementan los cólicos menstruales

Método	Efectividad	Beneficios	Riesgos	Efectos Colaterales	Problemas al Descontinuarse
			♦ Incrementa el riesgo de embarazo Ectópico, si la concepción ocurre con el DIU colocado	♦ Sensibilidad de los senos ♦ Náuseas ♦ Cambios en el sangrado menstrual	
Diafragma con gelatina contraceptiva	80 – 95% Dependiendo del uso	♦ No hormonas ♦ Poco frecuentes efectos colaterales ♦ No riesgos	♦ Ninguno	♦ Poco frecuente alergia al caucho/goma ♦ Poco frecuente reacción alérgica a la gelatina contraceptiva	♦ Embarazo
Condomes y/o Espuma/espermicida	60 – 96% Dependiendo del uso	♦ No necesita prescripción ♦ Disminución de infecciones ETS	♦ Ninguno	♦ Poco frecuente alergia al caucho o a la espuma	♦ Embarazo ♦ Incremento de ITS
Métodos de Conciencia de la Fertilidad Ejemplos para considerar : Planificación Natural Familiar, Lactancia	75–98% Depende de seguir bien las instrucciones y del método escogido	♦ Útil para planificar o prevenir el embarazo ♦ Incrementa la conciencia hacia el cuerpo ♦ Medicamento seguro	♦ Embarazo no planeado	♦ Necesita instrucciones detalladas ♦ Debe guardarse registro por varios ciclos antes de emplearse ♦ Puede restringir la espontaneidad sexual ♦ Mujeres con ciclos irregulares pueden tener dificultad usando este método	♦ Embarazo

He tenido la oportunidad de discutir otros métodos tales como abstinencia, Coitus Interruptus, esterilización masculina y femenina. Sabiendo que ningún método es 100% efectivo, voluntariamente solicito _____ como un método de control natal, y eximo al personal y a los empleados de esta clínica de toda responsabilidad por los resultados adversos que puedan ocurrir. Me han sido provistas las instrucciones detalladas para el uso de este método. Entiendo los beneficios y riesgos de _____. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el método de mi elección y sobre este formulario de consentimiento.

Se me ha dicho que puedo dejar de usar este método en cualquier momento y soy consciente de que descontinuarlo podría resultar en embarazo, pero primero debería contactar a la clínica para pedir instrucciones. Con el objetivo de disminuir el riesgo de problemas serios, se me ha dicho que **ES MI RESPONSABILIDAD REPORTAR A ESTA CLÍNICA, O AL PROVEEDOR DE EMERGENCIA** sobre cualquiera de lo siguiente:

Todos los Métodos (excepto DIU)	A C H E S	Dolor abdominal Dolor del pecho Dolores de cabeza (severos, repentinos, agudos) Problemas de los ojos (visión borrosa, pérdida de la visión) Dolor de piernas severo, inflamación de la pantorrilla o el muslo, sensibilidad	DIU:	P A I N S	Período retrasado (embarazo), sangrado anormal Dolor abdominal, dolor con la penetración Exposición a la Infección (ETS), flujo anormal Malestar, escalofrío de fiebre Cordón perdido, más corto o más largo
---------------------------------	-----------------------	--	------	-----------------------	--

Teléfono de la Clínica _____ Proveedor de emergencia _____ Teléfono _____

Firma del paciente _____ Testigo _____ Fecha _____