



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social#: _____
Mujer _____ Hombre _____ Transsexual _____
Domicilio: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ # de Tel: _____
Numero de Celular: _____ Correo Electronico: _____
Metodo de contacto: (Favor de marcar todos los que le corresponden): Tel de Casa: _____ Celular _____
Correo Electronico _____
Estado Civil (Favor de marcar uno): Soltero/a _____ Casado/a o Pareja de Hecho _____ Separado/a _____
Divorciado/a _____ Viudo/a _____
Raza:(Favor de marcar los que le corresponden): Caucasico/a _____ Indio Americano/a _____
Negro/Afro Americano/a _____ Asiatico/a _____ Nativo de Hawaiian o otras islas del Pacifico _____
Etnicidad: (Favor de marcar uno): Latino/a _____ No Latino/a _____ Disminucion _____
Como se entero de Nosotros (Encierra en un circulo): Referecia de Doctor Familia o Amigo/a Internet Otra Marena
Contacto de Emergencia: _____ # de Telefono: _____ Relacion: _____
Estaba referido por otro centro/doctor?
Nombre de Doctor/Centro: _____ # de Telefono: _____

INFORMACION SEGURO DE SALUD

Seguro Primario: (Si acaso tiene un seguro secundario, favor de presentar todas tarjetas de seguro en recepcion)
Persona Responsable de Seguro: _____ Relacion al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ # de Telefono: _____
Nobre de Seguranza: _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____
Domicilio de Compania de la Aseguranza: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ # de Telefono: _____

La mayoría de Companias de Seguros requieren presentar reclamaciones de servicios al paciente. Por esta razon, solicitamosa todos nuestros pacientes que llenen por completo y firmar el formulario de registro en una base anual para mantener nuestros registros al dia. Gracias por su cooperacion. La informacion anterior es verdad al mejor de me conocimiento. Autorizo a mis beneficios del seguro que se paguen directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Autorizo Desert Star Family Planning o compania de seguros para liberar culaquier informacion requerida para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente

Fecha:

Firma del Padre o tutor legal, si procede.

Fecha:

Office Use Only

Type of Identification/Number: _____ Staff initials: _____ Date: _____



Historia Medica

Imprime Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Medica: Ha tenido algunos de los siguientes (favor de completar las dos columnas) (**Pasado/Ahora/Nunca**)

P	A	N		P	A	N	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anciedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Intestinales (ex. SII, enfermedad de Crohn, Celiaca)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tramiosis Venosa Profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de la Vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (EP) o Trastornos de Coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Celulas Falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El uso de medicamentos esteroides a largo plazo (ex. prednisona).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital Ultimo Brote: _____/_____/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidades Uterinas/Fibromas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer – que tipo? _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares: Latidos Irregulares, dolor severo en el pecho que se resuelve con antiácidos, enfermedades o ataques de corazón, o problema grave de válvulas cardíacas.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho/Seno: Bulto, constante dolor o secreción del pezón – <i>describe:</i> _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Clamidia, la gonorrea, la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) u otra ITS				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial elevada				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino: sed excesiva o sudores fríos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinales: Náuseas progresivas o dolor abdominal intenso, cambios en las deposiciones				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Secreción anormal– <i>describe:</i> _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: picazón o irritación de la zona genital				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: dolor o sangrado con la actividad sexual				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Dolor/ardor o sangrado al orinar				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Dolor intenso con períodos que pueden incluir náuseas, vómitos o interferir con la escuela/trabajo				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal o insuficiencia renal o insuficiencia suprarrenal crónica				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático: Glandulas inflamadas o dolorosas en la ingle				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca: Bultos o úlceras en la boca - <i>describe:</i> _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológico: Migraña o un aumento/cambio en los dolores de cabeza				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicosocial: Dificil para dormir, comer, ir al trabajo/escuela por más de 3 semanas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratoria: Dificil respirar con el ejercicio, asma, problemas respiratorios, otras enfermedades pulmonares (ex. Apnea del sueño), uso del inhalador				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel: Erupciones o lesiones, golpes, llagas – <i>describe:</i> _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas médicos graves, enfermedades hospitalizaciones, cirugías, transfusiones de sangre o la exposición a productos de sangre- favor de explicar: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calquier problema médico ACTUAL/CURSO siendo gestionado por otro proveedor de atención médica o cualquier cirujías mayores PROXIMOS PREVISTAS- favor de explicar: _____				
			Nombre Y Teléfono de Proveedor: _____				



P A N

Cualquier Cirujias pasadas? Favor de explicar: _____

Cualquier hospitalizacion(s)? cuando, para que y la fecha: _____

Historia Social

P A N

Fuma cigarillos/ cigarros o masca tabaco: si acaso si, que tanto fuma/masca al dia? _____

Toma alcohol? Si acaso si, con que frecuencia y cuanto? _____

Alguna vez ha usado calle o medicamentos intravenosos u otras sustancias? Si acaso si, favor de indicar: _____

Se siente seguro/a en Casa? No SI **Nosotros Podemos Ayudar!**

Tiene preocupaciones con respeto al la **Violencia Domestica**? No Si **Nosotros Podemos Ayudar!**

Tiene alguna alergia a medicamentos, metals, latex (incluyendo reductores de antibioticos/dolor) mariscos o soluciones antisépticos (yodo, alcohol) No Si

Si acaso si, favor de indicar alergia y reaccion: _____

Esta tomando algun medicamento(s) (con o sin receta), medicamentos a base de hierbas, vitaminas o suplementos minerales? No Si Si acaso si, favor de indicar: _____

Solo pacientes de sexo Femenino- Favor de completar las 3 secciones

HISTORIA MENSTRUAL

Cuando fue el primer dia de su ultima menstruacion? ___/___/___ Edad cuando comenzo su period? _____

Su ultima menstruacion fue normal? No Si si acaso no, favor de explicar: _____

Tiene algun problema con su menstruacion? No Si si acaso si, favor de explicar: _____

Mes/Año de papanicolau: ___/___

Alguna vez ha tenido un papanicolau, colposcopia, crioterapia, o LEEP? No Si

HISTORIA de ANTICONCEPTIVOS

Esta interesada de comenzar un anti-conceptivo hoy? No Si si acaso si, que metodo: _____

Que metodo de anti-conceptivo esta usando hoy? _____

Algun problema con este metodo? No Si si acaso si, favor de explicar: _____

Que metodos ha usado en el pasado? _____

Algun problema con los metodos que ha usado anterior? No Si Si acaso si, favor de explicar: _____

HISTORIAL de EMBARAZOS

de Embarazos: ___ Partos Vaginales ___ Cesarias ___ Abortos Involuntarios ___ Abortos ___ Ectopico(trompa) ___

Cuando hizo su fin ultimo embarazo? ___/___/___ Algunas compllicaciones? _____

Esta amamantando? No Si

Firma de Paciente: _____ Fecha: ___/___/___

For Office Only

Staff Signature: _____ Date: ___/___/___