



# HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:  
-Place processing label here -

Fecha: _____		Ubicación: <input type="checkbox"/> 7 <sup>th</sup> Calle <input type="checkbox"/> McDowell <input type="checkbox"/> Hope Mobile	
<b>Identificación de datos (imprimir)</b>			
Nombre: <i>Apellido:</i> _____		Primer nombre: _____	
Fecha de nacimiento: MM / DD / AÑO _____ / _____ / _____		Edad: _____	
Dirección: _____		Código postal: _____	
Teléfono: ( ) _____ - _____		Consentimiento para llamar o enviar mensajes de texto <input checked="" type="checkbox"/>	
Correo electrónico: _____ @ _____			
<b>Razón de la visita PWC:</b> <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Extracción de DIU <input type="checkbox"/> Extracción de implante <input type="checkbox"/> Planificación Familiar			
<b>¿Primera visita a PWC?</b> <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> ETS/ITS <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Examen de Senos <input type="checkbox"/> Solo laboratorios			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Opciones de embarazo Consultar <input type="checkbox"/> Revertir la píldora abortiva <input type="checkbox"/> Revisión de Infección <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Problemas hoy:</b> _____			
<b>Farmacia (Nombre &amp; Dirección):</b> _____			
<b>¿Cómo escucho sobre nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Google / en línea <input type="checkbox"/> Clínica / Agencia <input type="checkbox"/> Amigo / Familia <input type="checkbox"/> Señalización <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Datos demográficos:</b>			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Convivencia			
Tamaño de la familia: _____		(Número total en familia) Nombre del Cónyuge o Pareja: _____	
Ingresos Mensual: <input type="checkbox"/> \$0-\$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,001-\$10K <input type="checkbox"/> \$10,001-\$15K <input type="checkbox"/> \$15,001-\$20K			
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático			
Religión: _____			
¿Seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ocupación: _____		Último año de escuela completado _____	
<b>Historial Paciente:</b>			
<b>Alergias (medicamentos/alimentos/ambiente):</b>		<input type="checkbox"/> Ninguna Conocida <input type="checkbox"/> Sí, describa: _____	
<b>Medicamentos actuales:</b>		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí, describa: _____	
<b>Historial Familiar:</b>			
<b>Padres:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Abuelos:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Historial Social:</b>			
<b>Alcohol</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Tipo: _____		Cantidad: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	
<b>Tabaco/Vape</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Tipo: _____		Cantidad: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	
<b>Drogas</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Tipo: _____		Cantidad: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	
<b>Métodos de Control Natal:</b>			
<b>Píldora</b> <input type="checkbox"/>		<b>Condón</b> <input type="checkbox"/>	
<b>DIU</b> <input type="checkbox"/>		<b>Implante</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Depo inyección</b> <input type="checkbox"/>		<b>Nuva Ring</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Ligadura de trompas</b> <input type="checkbox"/>		<b>El me cuida</b> <input type="checkbox"/>	
<b>NFP</b> <input type="checkbox"/>		<b>Otro (describa):</b> _____	
Uso Actual: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Pasados 24 meses: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses: _____			
Historia de violencia doméstica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
<b>Historial de hospitalizaciones o cirugías: (NO incluya embarazos aquí)</b> <input type="checkbox"/> Ninguna			
<b>Año</b>	<b>Enfermedad o Operación</b>	<b>Complicaciones</b>	<b>Descripción</b>
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones	_____
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones	_____
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones	_____
<b>Historial Ginecológico:</b>			
Si está embarazada, intención: <input type="checkbox"/> dar a luz <input type="checkbox"/> abortar <input type="checkbox"/> adopción <input type="checkbox"/> indecisa			
Primer día del periodo menstrual: _____ / _____ / _____		(más reciente) Son periodos regulares: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Última relación sexual: _____ / _____ / _____			
Ultimo examen de Papanicolaou: _____ / _____ / _____		¿Anormal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Año: _____ Y tratamiento: _____	
Mamograma más reciente: _____ / _____ / _____		¿Anormal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Año: _____ Y tratamiento: _____	
Vacuna contra VPH/Gardasil: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Tipo de Sangre: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Tipo: _____		<input type="checkbox"/> Positivo / <input type="checkbox"/> Negativo	

Continued on BACK

For Office Use Only:

HCG:	PR	LK	Nit	BL	GL	N&V <input type="checkbox"/>	SAB <input type="checkbox"/>	P.R. <input type="checkbox"/>	Rx <input type="checkbox"/>	PnV <input type="checkbox"/>
BP:										
P:										
WT:										



# HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:  
-Place processing label here -

**Historial Obstétrico/Embarazos Anteriores:**  Ninguno **Número total de todos los embarazos:** \_\_\_\_\_

Mes Año	<input type="checkbox"/> A término	<input type="checkbox"/> Prematuro	<input type="checkbox"/> Aborto Natural	<input type="checkbox"/> Aborto Provocado	<input type="checkbox"/> Ectópico	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Vivo	Complicaciones	Cesárea
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8. o más, **Use Formulario Adicional**  
**¿Estás amamantando actualmente?**  No  Sí  
**¿Alguna vez has usado la píldora del día después?**  No  Sí: (fecha): \_\_\_\_\_

**Historial Médico Anterior:**

Problemas de senos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cáncer: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Problemas femeninos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diabetes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infertilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Endometriosis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infecciones de Transmisión Sexual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hipertensión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Abuso Sexual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Enfermedades Psiquiátricas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Depresión/Depresión Posparto: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de la Glándula Tiroides: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Defectos de Nacimiento por enfermedades hereditarias: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Otros: _____	

**Phoenix Women's Clinic no es una clínica de emergencia y no cuenta con un servicio de respuesta las 24 horas.**

## POR FAVOR, LEA Y FIRME SECCIONES DE AUTORIZACIÓN EN EL REVERSO DE ESTA PÁGINA

- Por la presente solicito a Phoenix Women's Clinic que realice una prueba de embarazo y asesoramiento. Entiendo que los resultados de la prueba de embarazo de orina son 98% precisos según el fabricante. Cuanto antes se haga la prueba, mayores serán las posibilidades de error. También entiendo que una prueba de embarazo **no** constituye un diagnóstico clínico de embarazo. Por este medio doy mi total consentimiento para recibir servicios y renuncio y libero a Phoenix Women's Clinic y sus empleados y voluntarios de toda responsabilidad que surja de esta prueba de embarazo o relacionada con esta, y particularmente con respecto a cualquier error basado en esta prueba.
- Por la presente solicito servicios en Phoenix Women's Clinic para tratamiento médico y asesoramiento. Entiendo que los servicios médicos de Phoenix Women's Clinic son brindados por una enfermera practicante, una enfermera y / o médicos voluntarios. Entiendo que el alcance de los servicios de Phoenix Women's Clinic es limitado, y que, si se necesita atención de seguimiento, seré referido a los proveedores de atención medica apropiados. Además, entiendo que es mi responsabilidad obtener atención de seguimiento.
- Se puede recomendar un examen de ultrasonido limitado, que se puede hacer en Phoenix Women's Clinic. El ultrasonido se realizará solo para confirmar un embarazo intrauterino y para determinar la edad fetal. La precisión del ultrasonido puede variar hasta 2 semanas. Este procedimiento no identifica un embarazo ectópico (un embarazo que se desarrolla dentro de las trompas de Falopio) ni anomalías de los órganos reproductivos o del feto.
- El asesoramiento proporcionado no pretende sustituir el asesoramiento profesional.
- Entiendo que la comunicación por mensaje de texto, teléfono o carta puede considerarse necesaria a exclusivo criterio de Phoenix Women's Clinic, y doy mi permiso para que se produzca ese contacto.
- Por la presente doy mi total consentimiento para recibir servicios médicos y renuncio y libero cualquier reclamo de cualquier tipo que yo, mi bebé, mis representantes legales, herederos y / o miembros de mi familia puedan tener contra Phoenix Women's Clinic, personal médico, directores, funcionarios, empleados y voluntarios. Acuerdo expresamente que esta renuncia y liberación del contrato de indemnización tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permitan las leyes de Arizona y también que, si una parte de esta se mantiene inválida, se acuerda que el resto del acuerdo continuará en pleno vigor y efecto legal.
- **Aviso de Privacidad:** Entiendo que el personal de Phoenix Women's Clinic tendrá acceso a mis registros clínicos confidenciales para proporcionar mi atención médica y para fines estadísticos. Mis registros no se divulgarán a ninguna agencia o individuo sin mi permiso expreso, excepto según lo ordenado por la ley.

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior:**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Atestiguado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Phoenix Women's Clinic Staff*