



# HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:  
-Place processing label here -

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Ubicación:**  7<sup>th</sup> Calle  McDowell  Hope Mobile

**Identificación de datos (imprimir)**  
**Nombre:** *Apellido:* \_\_\_\_\_ *Primer nombre:* \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** MM / DD / AÑO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Consentimiento para llamar o enviar mensajes de texto**   
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Razón de la visita PWC:**  Prueba de embarazo  Consulta  Ultrasonido  Extracción de DIU  Extracción de implante  Planificación Familiar  
**¿Primera visita a PWC?**  Infección del tracto urinario  ETS/ITS  Papanicolaou  Examen de Senos/Papanicolaou  Solo laboratorios  
 No  Sí  Opciones de embarazo Consultar  Revertir la píldora abortiva  Revisión de Infección  Otro \_\_\_\_\_

**Problemas hoy:** \_\_\_\_\_  
**Farmacia (Nombre & Dirección):** \_\_\_\_\_  
**¿Cómo escucho sobre nosotros?**  Radio  Google / en línea  Clínica / Agencia  Amigo / Familia  Señalización  Otro: \_\_\_\_\_

**Datos demográficos:**  
**Estado civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Convivencia  
**Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_ (Número total en familia) **Nombre del Cónyuge o Pareja:** \_\_\_\_\_  
**Ingresos Mensual:**  \$0-\$5,000  \$5,001-\$10K  \$10,001-\$15K  \$15,001-\$20K  
**Raza/Etnicidad:**  Afroamericano  Caucásico  Hispano  Nativo Americano  Asiático  
**Religión:** \_\_\_\_\_  
**¿Seguro de salud?**  Sí  No  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Último año de escuela completado** \_\_\_\_\_

**Historial Paciente:** **Alergias (medicamentos/alimentos/ambiente):**  Ninguna Conocida  Sí, describa: \_\_\_\_\_  
**Medicamentos actuales:**  Ninguno  Sí, describa: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** **Padres:**  Ninguna  Desconocido  Cáncer  Diabetes  Corazón  Tiroides  Otro: \_\_\_\_\_  
**Abuelos:**  Ninguna  Desconocido  Cáncer  Diabetes  Corazón  Tiroides  Otro: \_\_\_\_\_

**Historial Social:** **Alcohol**  Ninguno  Sí: Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual  
**Tabaco/Vape/eCig**  Ninguno  Sí: Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual  
**Drogas**  Ninguno  Sí: Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual

**Métodos de Control Natal:** Ninguna Píldora Condón DIU Implante Depo inyección Nuva Ring Ligadura de trompas El me cuida NFP  
**Uso Actual:**             
**Pasados 24 meses:**

**Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses:**  Ninguna #: \_\_\_\_\_  
**Historia de violencia doméstica:**  No  Sí

**Historial de hospitalizaciones o cirugías: (NO incluya embarazos aquí)**  Ninguna

Año	Enfermedad o Operación	Descripción
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____

**Historial Ginecológico:**  
**Si está embarazada, intención:**  dar a luz  abortar  adopción  indecisa  
**Primer día del período menstrual:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (más reciente) **Son períodos regulares:**  No  Sí  
**Última relación sexual:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Papanicolaou:**  Ninguno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **¿Normal?**  Sí  No: Y tratamiento: \_\_\_\_\_  
**Mamografía:**  Ninguno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **¿Normal?**  Sí  No: Y tratamiento: \_\_\_\_\_  
**Vacuna contra VPH/Gardasil:**  No  Sí  
**Tipo de Sangre:**  Desconocido  Tipo: \_\_\_\_\_  Positivo /  Negativo

Continuado en ATRÁS

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:										

<b>Historial Obstétrico/Embarazos Anteriores:</b> <input type="checkbox"/> Ninguno		<b>Número total de todos los embarazos:</b> _____	
<u>Mes</u>	<u>Año</u>		
1.	<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	<u>Complicaciones</u>	<u>Cesárea</u>
2.	<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		
3.	<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		
4.	<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		
5.	<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		
6.	<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		
7.	<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		

**8 o más, Use Formulario Adicional**

¿Estás amamantando actualmente?  No  Sí

¿Alguna vez has usado la pildora del día después?  No  Sí: ¿Cuándo? (fecha): \_\_\_\_\_

---

**Historial Médico Anterior:**

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

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*