



HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:
-Place processing label here -

Fecha: _____		Ubicación: <input type="checkbox"/> 7 th Calle <input type="checkbox"/> McDowell <input type="checkbox"/> Hope Mobile		
Identificación de datos (imprimir)				
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: _____ @ _____				
Razón de la visita PWC: <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				
¿Primera visita a PWC? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> ETS/ITS <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Examen de Senos/Papanicolaou <input type="checkbox"/> Solo laboratorios				
<input type="checkbox"/> Opciones de embarazo Consultar <input type="checkbox"/> Revertir la píldora abortiva <input type="checkbox"/> Revisión de Infección <input type="checkbox"/> Otro _____				
Problemas hoy: _____				
Farmacia (Nombre & Dirección): _____				
¿Cómo escucho sobre nosotros? <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: _____				
Datos demográficos:				
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 _____		
Historial Paciente:				
Alergias (medicamentos/alimentos/ambiente):		<input type="checkbox"/> Ninguna Conocida <input type="checkbox"/> Sí, describa: _____		
Medicamentos actuales:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí, describa: _____		
Historial Familiar:				
Padres:		<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: _____		
Abuelos:		<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: _____		
Historial Social:				
Alcohol		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí: Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual		
Tabaco/Vape/eCig		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí: Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual		
Drogas		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí: Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual		
Métodos de Control Natal:				
<i>Uso Actual:</i>		<i>Ninguna</i> <input type="checkbox"/> <i>Píldora</i> <input type="checkbox"/> <i>Condón</i> <input type="checkbox"/> <i>DIU</i> <input type="checkbox"/> <i>Implante</i> <input type="checkbox"/> <i>Depo inyección</i> <input type="checkbox"/> <i>Nuva Ring</i> <input type="checkbox"/> <i>Ligadura de trompas</i> <input type="checkbox"/> <i>El me cuida</i> <input type="checkbox"/> <i>NFP</i> <input type="checkbox"/>		
<i>Pasados 24 meses:</i>		<i>Ninguna</i> <input type="checkbox"/> <i>Píldora</i> <input type="checkbox"/> <i>Condón</i> <input type="checkbox"/> <i>DIU</i> <input type="checkbox"/> <i>Implante</i> <input type="checkbox"/> <i>Depo inyección</i> <input type="checkbox"/> <i>Nuva Ring</i> <input type="checkbox"/> <i>Ligadura de trompas</i> <input type="checkbox"/> <i>El me cuida</i> <input type="checkbox"/> <i>NFP</i> <input type="checkbox"/>		
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Ninguna #: _____				
Historia de violencia doméstica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Historial de hospitalizaciones o cirugías: (NO incluya embarazos aquí) <input type="checkbox"/> Ninguna				
Año	Enfermedad o Operación	Descripción		
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____		
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____		
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> Complicaciones _____		
Historial Ginecológico:				
Primer día del período menstrual: _____ / _____ / _____ (más reciente)		Son períodos regulares: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Última relación sexual: _____ / _____ / _____				
Papanicolaou: <input type="checkbox"/> Ninguno _____ / _____ / _____		¿Normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Y tratamiento: _____		
Mamografía: <input type="checkbox"/> Ninguno _____ / _____ / _____		¿Normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: 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				
Si está embarazada, intención: <input type="checkbox"/> dar a luz <input type="checkbox"/> abortar <input type="checkbox"/> adopción <input type="checkbox"/> indecisa				

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:										



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 pildora del día después? No Sí: ¿Cuándo? (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