

Este documento médico es confidencial y no será liberado a nadie sin su consentimiento por escrito sólo si la ley lo requiere.

GARANTIA DE CONFIDENCIALIDAD

Si no desea ser probado para VIH, yo notificaré el personal en CHC que yo no deseo la prueba de el VIH. Forma de renuncia

(NO FIRME HASTA QUE LE DIGA UN PERSONAL COMO TESTIGO)

CONSENTA A TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento a examinación, consulta, pruebas, incluso la prueba de VIH, y el tratamiento en esta clínica.

De lo mejor de mi entendimiento la historia de encima es completa y exacta. Comprendo la información educativa dada a mí. Me an dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo 18-años o menos he sido favorecido totalmente discutir mis necesidades de planificación familiar con mis padres y yo he recibido información en la abstinencia y como resistir presión sexual. Si fumo he sido dado información y comprendo los peligros para mi salud del fumar. Me han dicho que si las pruebas se toman para las enfermedades de transmisión sexual (ETS), informes de resultados positivos serán dadas a las agencias de salud pública que es requerido por la ley. Comprendo que la Salud de Nebraska y Servicios Humanos pueden conseguir acceso a mi historial médico para determinar la calidad de servicios proporcionados por esta agencia.

Education:

<input type="checkbox"/>	Breast Self-Exam	<input type="checkbox"/>	Abstinence / Resisting Sexual Pressure	<input type="checkbox"/>	ABC's
<input type="checkbox"/>	Available Contraceptive Methods	<input type="checkbox"/>	Folic Acid	<input type="checkbox"/>	Patient Rights & Responsibilities
<input type="checkbox"/>	Sexually Transmitted Diseases	<input type="checkbox"/>	Rubella	<input type="checkbox"/>	Notice of Privacy Practices
<input type="checkbox"/>	Pap Smear Fact Sheet	<input type="checkbox"/>	Smoking	<input type="checkbox"/>	Your Clinic Visit
<input type="checkbox"/>	Family Involvement	<input type="checkbox"/>	DES (Born between 1940-75)	<input type="checkbox"/>	Relationship Check Form
<input type="checkbox"/>	Emergency Contraception	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	Other: _____
<input type="checkbox"/>	Sexual Health Assessment	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Information	<input type="checkbox"/>	

No Liene ni Firme nada Debajo de Esta Línea

De sea usted un método del control de la natalidad o información para prevenir un embarazo hoy? Si No

Cual?

Ha tenido relaciones sexuales sin protección desde su última menstruación? Si No

Cuándo? _____ A qué hora? _____

Le podemos ayudar nosotros con información en planificación de familia (Plan de Vida Reproductiva)? Si No

Qué tan seguido se hace usted:

Autoexamen de los senos	_____
Uso cinturón de seguridad	_____
Toma café/ té: # _____ por día	_____
Fuma: # _____ cigarrillos al día	_____
Toma alcohol: # _____ por semana	_____
Uso las drogas de la calle	_____
Uso agujas (drogas)	_____

Cuántas come al día:

Frutas	_____
Huevos / Carnes	_____
Vegetales	_____
Leche / Productos de leche	_____

Historia de Anticonceptivos - Marque todo que le perence

<input type="checkbox"/>	Tipo de pastilla: _____	<input type="checkbox"/>	Diaphragma
<input type="checkbox"/>	Depo Provera	<input type="checkbox"/>	Tubas Ligadas
<input type="checkbox"/>	Lunelle	<input type="checkbox"/>	Vasectomía
<input type="checkbox"/>	El Parche	<input type="checkbox"/>	Ritmo / Natural
<input type="checkbox"/>	Anillo Vaginal - Nuva Ring	<input type="checkbox"/>	Cubierta Cervical
<input type="checkbox"/>	Condón	<input type="checkbox"/>	Condón de Mujer
<input type="checkbox"/>	Abstinencia	<input type="checkbox"/>	Espuma/Espanja/Tela
<input type="checkbox"/>	Dispositivo - IUD	<input type="checkbox"/>	Norplant

Comentarios o problemas con los métodos: ¿Cuándo fue la última vez que utilizo su método? _____

Historia Social

Si No N/A

Si 18 o más joven; son sus padres conscientes de esta visita? Si No N/A

Activa Sexualmente Vaginal Oral Anal Los dos

Pareja(s) Sexuales Hombre Mujer

Su edad cuando tuvo su primer relación sexual fue _____

Voluntario Forzado Violación de menor

Cuanto tiempo tiene con su pareja actual? _____

Numero de parejas sexuales en los últimos: 3 meses _____

En toda su vida _____

Ha tenido sexo desde la última menstruación? Si No N/A

Uso condones cada vez que tiene relaciones sexuales? Si No N/A

Tiene dificultades para embarazarse? Si No N/A

Tiene preguntas / Preocupaciones a serca del sexo? Si No N/A

Historia De La(s) Pareja(s)

Numero de parejas que a tenido su pareja antes de ti? _____

Ha tenido una pareja que: Si No N/A

Es bisexual? Si No N/A

Tiene / Ha tenido parejas múltiples? Si No N/A

Fue / Esta en riesgo de VIH / ETS? Si No N/A

Uso / Usa agujas o drogas intravenosas? Si No N/A

Problemas Emocionales / Problemas con su pareja(s)? Si No N/A

Alguien le pega, le dan patadas o le hacen daño? Si No N/A

Alguien le forza a tener relaciones sexuales? Si No N/A

Tiene miedo de su pareja? Si No N/A

Alcohol y/o otras drogas le causan problemas en su vida? Si No N/A

Otros están preocupados por sus hábitos de drogas o alcohol? Si No N/A

Tiene dificultades dormiendo? Si No N/A

Historia de Embarazos: Nunca Embarazada

Numero de veces embarazada	_____
Numero de nacimientos Vivos	_____
Numero de cesáreas	_____
Numero de Nacimientos Prematuros	_____
Numero de Malpartos	_____
Nacimientos de un niño muerto	_____
Numero de Embarazos Ectopicos	_____
Numero de Abortos	_____
Numero de Hijos Vivos	_____
Numero de Adopciones	_____

Ha tenido estos problemas durante sus (s) embarazo(s)? Prematuro Parto Anormalidades Genéticas

Presion Alta Diabetes Gestacional Anormalidades Genéticas

Otro _____

Esta dando pecho (lactancia materna) Si No N/A

Planea un embarazo dentro de 12 meses? Si No N/A

Planea un embarazo en los próximos 1-3 años? Si No N/A

Planea un embarazo en los próximos 3-5 años? Si No N/A

Planea un embarazo en los próximos 5-10 años? Si No N/A

Le preocupa estar embarazada? Si No N/A

Nombre del Paciente: _____

Numero de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____