

HISTORIAL DE INGRESO

Fecha: _____ Ubicación: 7th 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 su Visita: **Prueba:** embarazo/orina embarazo/sangre consulta prenatal ultrasonido revisión de infección eliminación de implantes
Exámen: de infección del tracto urinario de ETS/ITS de papanicolaou de Senos otro
Problemas hoy: _____
Farmacia preferida: _____
Nombre Dirección o calles principales transversales
¿Primera visita a la clínica de PWC? No Sí
¿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)
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
Último año de escuela completado: _____
Ocupación: _____

Historia del paciente:
Alergias: Ninguna Conocida Sí, describa: _____
Medicamentos: Ninguno Conocido Sí, describa: _____

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

Historial Social: Alcohol Ninguno - o - Tipo: _____ Cantidad: _____
 Tabaco Ninguno - o - Tipo: _____ Cantidad: _____
 Drogas Ninguno - o - Tipo: _____ Cantidad: _____
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses: _____
Métodos de Control Natal: Píldora Condón DIU Implante Depo inyección NuvaRing
 Ligadura de trompas El me cuida NFP Otro: _____
Historia de violencia doméstica: No Sí

Historial de hospitalizaciones o cirugías: (No incluya embarazos)		<input type="checkbox"/> Ninguna	<u>Descripción</u>
<u>Año</u>	<u>Enfermedad o Operación</u>		
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
Último período menstrual: ____ / ____ / ____ **Son períodos regulares:** No Sí
Última relación sexual: ____ / ____ / ____
Ultimo examen de Papanicolaou: ____ / ____ / ____ **¿Anormal?** No Sí: **Año:** _____ **Y tratamiento:** _____
Mamograma más reciente: ____ / ____ / ____ **¿Anormal?** No Sí: **Año:** _____ **Y tratamiento:** _____
Vacuna contra VPH/Gardasil: No Sí
Tipo de Sangre: Desconocido Tipo: _____ Positivo / Negativo

Continúa ATRÁS

HISTORIAL DE INGRESO

Historial Obstétrico/Embarazos Anteriores:
 Ninguno

de Embarazos: _____

- | | | | | | | | | |
|----------|------------------------------------|------------------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| 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 | <input type="checkbox"/> Complicaciones |

 8 o más, **Use Formulario Adicional**
¿Estás amamantando actualmente? No Sí

¿Alguna vez has usado la pildora del día después? No Sí: **Fecha:** _____

Historial Médico Anterior:

 Reacciones/alergias a Drogas/Látex No Sí

 Problemas de Senos: No Sí

 Problemas Sexuales o femeninos No Sí

 Infertilidad No Sí

 Infecciones de Transmisión Sexual No Sí

 Abuso Sexual No Sí

 Depresión/Depresión Pos-parto No Sí

Otros: _____

 Defectos de Nacimiento por enfermedades hereditarias No Sí

 Cáncer No Sí

 Diabetes: No Sí

 Endometriosis: No Sí

 Hipertensión: No Sí

 Enfermedades Psiquiátricas: No Sí

 Problemas de la Glándula Tiroides: No 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