

# CHOICES PREGNANCY CARE CENTER

## Spanish Patient Intake Form

<b>Fecha:</b>		<input type="checkbox"/> Cita <input type="checkbox"/> Walk-in <input type="checkbox"/> Hora de llegada: _____	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	(Solo para uso de oficina) Número de paciente: Ubicación: <input type="checkbox"/> Gainesville <input type="checkbox"/> Flowery Branch		
<b>Primer Nombre:</b>	<b>SN:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Años:</b>		
<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Aceptar Correo			<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>
<b>Número de teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Aceptar para llamar y dejar mensaje <input type="checkbox"/> No llamar			<b>Email:</b> <input type="checkbox"/> Aceptar enviar por correo electrónico <input type="checkbox"/> No enviar correo electrónico			
<b>Lenguaje primario:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____			<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio oriental <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Otro _____			<b>Ocupación:</b>
¿Has estado en nuestra clínica antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
¿Como supiste de nosotros? (marque uno) <input type="checkbox"/> Internet / Google <input type="checkbox"/> Médico / Enfermera <input type="checkbox"/> Anuncio en papel <input type="checkbox"/> 800# Hot Line <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Otro Centro de Embarazo <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Escuela: enfermera, consejera, maestra, entrenadora (circule) <input type="checkbox"/> amigo / pariente <input type="checkbox"/> signo <input type="checkbox"/> folleto <input type="checkbox"/> otros _____						
¿Qué ayuda externa estás recibiendo? (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Esposo / esposa <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro centro de embarazo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otros _____						
¿Cuáles son sus arreglos de vivienda? (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Novio / novia <input type="checkbox"/> Prometido <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Niño (s) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañeros de habitación <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____						
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> Viudo	<b>Religión:</b> <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> budista <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Musulmanes / Islam <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sikhismo <input type="checkbox"/> WICCA <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Eres Estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Grad School <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> Trade School <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> No es un estudiante	<b>Mayor Nivel de Educación Completado:</b> <input type="checkbox"/> Grad School <input type="checkbox"/> Colegio o Universidad <input type="checkbox"/> High School / GED <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Trade School			
¿Has viajado fuera de GA en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Si es así, ¿adónde viajaste?	
¿Está experimentando algún síntoma similar a la gripe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué síntomas?						

**Pregnancy Intake/Request For Services Form****Historia:**

Primer día del último período menstrual: \_\_\_\_\_

¿Estás seguro de la fecha?  Sí  No    ¿Fue su último período normal?  Sí  No¿Sus períodos son regulares?:  Sí  No**Síntomas (marque todo lo que corresponda):** Cambio de apetito  Mareos  Orinar con frecuencia  Frecuentemente cansado Náuseas  Senos hinchados o doloridos  Ganancia o pérdida de peso  Dolores de Cabeza Descarga vaginal It Picor vaginal  Brillo / manchado  Estreñimiento  Diarrea  Manos / pies humeantes Ubicación del dolor \_\_\_\_\_ Nivel de dolor 1-10: \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_¿Estás usando un método anticonceptivo?  Sí  No    Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_¿Quieres estar embarazada?  Sí  No¿Este embarazo potencial se debe a violación o abuso sexual?  Sí  No

¿Cuál es el nombre del padre potencial? \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación del padre potencial con usted? \_\_\_\_\_

Si la prueba es positiva, ¿estará involucrado?  Sí  No  No asegurar¿Estás buscando un futuro con él?  Sí  No  No asegurar¿Él sabe que puedes estar embarazada?  Sí  No  No asegurarSi tiene una prueba de embarazo positiva, está considerando:  Aborto  Crianza  Adopción  Indeciso

# de embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ # de niños: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

# de abortos involuntarios \_\_\_\_\_ # de abortos \_\_\_\_\_ # de embarazos ectópicos \_\_\_\_\_

¿Completaste una prueba de embarazo en el hogar?  Sí  No    Resultado:  Positivo  Negativo  Inconclusivo**Experiencia de aborto**

De esos embarazos que terminan en aborto, ¿qué efectos secundarios FÍSICOS experimentaste? (Seleccione todas las que correspondan)

 Daño coercitivo  Hemorragia  Infección  Infertilidad  Futuro aborto involuntario  útero roto  endometrio escapado  
 Otro \_\_\_\_\_

De esos embarazos que terminan en aborto, ¿qué efectos secundarios EMOTONALES experimentó? (Seleccione todas las que correspondan)

 Depresión  Nightmares  Pensamientos suicidas  Cambio de actitud hacia Dios  Abuso de alcohol  Abuso de drogas  
Síndrome Síndrome de Aniversario  Desordenes de Consentimiento  Problemas de relación c Llanto incontrolable  Cambio de actitud hacia los niños  Retrospectos negativos  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo te sientes ahora acerca de tu aborto pasado? (Seleccione todas las que correspondan)

 Creo que fue una buena decisión  Me arrepiento de la decisión  Tengo sentimientos no resueltos sobre la decisión  Me gustaría ayudar a lidiar con un aborto anterior  He recibido asesoramiento posterior al aborto

Comentarios:

---



---



---



---

## CHOICES PREGNANCY CARE CENTER

<b>Razones para venir aquí hoy (marque todo lo que corresponda):</b> <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo <input type="checkbox"/> Prueba de ETS (marque con un círculo todos los que correspondan) Chlamydia (Orina) Gonorrea (Orina) VIH (Sangre) Sífilis (Sangre) <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Mi bebé cuenta <input type="checkbox"/> Discuta las opciones <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Síntomas de STD (seleccione todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Huelga genital <input type="checkbox"/> Olor genital <input type="checkbox"/> comeson genital <input type="checkbox"/> Dolor al tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Calentura <input type="checkbox"/> Úlceras genitales // erupciones <input type="checkbox"/> Dolor en la pelvis / parte inferior del abdomen <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>¿Cuántos años tenías cuando te volviste sexualmente activo? _____ Número de parejas sexuales: _____</b>	
<b>¿Actualmente eres sexualmente activo con más de un compañero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>¿Participas en prácticas homosexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>Alguna vez ha sido víctima de abuso: <input type="checkbox"/> Mental / Verbal <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Violacion / Sexual <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>¿Alguna vez participó en una decisión de aborto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>¿Alguna vez te han hecho una prueba para una enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de última prueba? _____</b>	
<b>¿Alguna vez dio positivo en una enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué ETS? _____ ¿Cuándo? _____</b>	
<b>¿Cuántas bebidas alcohólicas tienes por semana?</b>	
<b>¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma por semana?</b>	
<b>¿Usas e-cigarettes / vapes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>¿Usas alguna droga callejera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo?</b>	
<b>¿Tienes seguro medico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>	
<b>¿Tienes alguna alergia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿a qué?</b>	
<b>¿Actualmente tiene algún tipo de medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b> <b>Lista de Medicamentos _____</b>	
<b>Indique el nombre y el número de teléfono de una farmacia que le gustaría usar si tenemos que solicitar una receta para su tratamiento.</b> <b>Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____</b>	
<b>Para tu información:</b> El Centro de Atención de Embarazo de Choice sirve a pacientes desde un enfoque físico, emocional, mental y espiritual. Serás tratado con respeto en todo momento.  Se requiere una prueba de embarazo positiva para nuestros archivos médicos para todos los pacientes que solicitan un ultrasonido. Si está aquí para una educación sobre ultrasonido o opciones de embarazo, se realizará una prueba de embarazo en orina, sin costo alguno.  Choices Pregnancy Care Center mantendrá en estricta confidencialidad toda la información proporcionada, excepto en las siguientes circunstancias: Cuando existe una sospecha razonable de abuso infantil, ya sea que el paciente sea la víctima o el abusador; Cuando hay una amenaza de daño autoinfligido; Cuando hay sospecha razonable de violencia de pareja íntima; Cuando hay una amenaza de daño a un tercero; Cuando hay una amenaza contra la propia clínica; Cuando la información es necesaria para ser compartida entre el personal involucrado en su cuidado. En la medida en que lo exija la Ley del Estado de Georgia, haremos un informe a las autoridades correspondientes en caso de sospecha de abuso o amenaza de daño.	
<b>He leído y entiendo los servicios de Choices como se indicó anteriormente. Haber sido plenamente informado de la naturaleza de los servicios ofrecidos. Acepto voluntariamente la ayuda y asistencia del Centro de Atención al Embarazo de Choices.</b>	
<b>Firma del paciente:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<b>Firma del representante del paciente o tutor legal, si corresponde:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____