

CHOICES PREGNANCY CARE CENTER

Spanish Patient Intake Form

Fecha:		<input type="checkbox"/> Cita <input type="checkbox"/> Walk-in <input type="checkbox"/> Hora de llegada: _____	Género: <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	
Primer Nombre:	SN:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	Años:	
Dirección: <input type="checkbox"/> Aceptar Correo			Ciudad:	Condado:	Estado Zip
Número de teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Aceptar para llamar y dejar mensaje <input type="checkbox"/> No llamar		Email: _____ <input type="checkbox"/> Aceptar enviar por correo electrónico <input type="checkbox"/> No enviar correo electrónico			
Lenguaje primario: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____		Raza: <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 _____		Ocupación:	
¿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 _____					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> Viudo	Religión: <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 _____	Eres Estudiante? <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	Mayor Nivel de Educación Completado: <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		

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
Syndrome 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

Razones para venir aquí hoy (marque todo lo que corresponda): <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: _____	
Síntomas de STD (seleccione todos los que correspondan): <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"/> Ardoral 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 _____	
¿Cuántos años tenías cuando te volviste sexualmente activo? _____ Número de parejas sexuales: _____	
¿Actualmente eres sexualmente activo con más de un compañero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Participas en prácticas homosexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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	
¿Alguna vez participó en una decisión de aborto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿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? _____	
¿Alguna vez dio positivo en una enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué ETS? _____ ¿Cuándo? _____	
¿Cuántas bebidas alcohólicas tienes por semana?	
¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma por semana?	
¿Usas e-cigarettes / vapes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usas alguna droga callejera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo?	
¿Tienes seguro medico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tienes alguna alergia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿a qué?	
¿Actualmente tiene algún tipo de medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de Medicamentos _____	
Indique el nombre y el número de teléfono de una farmacia que le gustaría usar si tenemos que solicitar una receta para su tratamiento. Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____	
Para tu información: 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.	
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.	
Firma del paciente: _____	Fecha: _____
Firma del representante del paciente o tutor legal, si corresponde: _____	Fecha: _____