PHOENIX WOMEN'S CLINICS

HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:
-Place processing label here –

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 la visita PWC: ☐ Prueba de embarazo ☐ Consulta ☐ Ultrasonido ☐ Extracción de DIU ☐ Extracción de implante ☐ Planificación Familiar
¿Primera visita a PWC? ☐ No ☐ Sí
☐ Infección del tracto urinario ☐ ETS/ITS ☐ Papanicolaou ☐ Examen de Senos/Papanicolaou ☐ Solo laboratorios
☐ Opciones de embarazo Consultar ☐ Revertir la píldora abortiva ☐ Revisión de Infección ☐ Otro _____
Problemas hoy: _____
Farmacia *(Nombre & **Dirección**)*: _____
¿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)* Nombre del Cónyuge o Pareja: _____
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
Ocupación: _____ **Último año de escuela completado** _____

Historial Paciente:
Alergias *(medicamentos/alimentos/ambiente):* ☐ Ninguna Conocida ☐ Sí, describa: _____
Medicamentos actuales: ☐ Ninguno ☐ Sí, describa: _____

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

Historial Social:
Alcohol ☐ Ninguno ☐ Sí: Cantidad: _____ ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual
Tabaco/Vape/eCig ☐ Ninguno ☐ Sí: Cantidad: _____ ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual
Drogas ☐ Ninguno ☐ Sí: Cantidad: _____ ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual

Métodos de Control Natal:	***Ninguna***	***Píldora***	***Condón***	***DIU***	***Implante***	***Depo inyección***	***Nuva Ring***	***Ligadura de trompas***	***El me cuida***	***NFP***
Uso Actual:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pasados 24 meses:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses: ☐ Ninguna #: _____
Historia de violencia doméstica: ☐ No ☐ Sí

Historial de hospitalizaciones o cirugías: (NO incluya embarazos aquí) ☐ **Ninguna**

	Año	**Enfermedad o Operación**		**Descripción**
1.	_____	_____	☐ Complicaciones	_____
2.	_____	_____	☐ Complicaciones	_____
3.	_____	_____	☐ Complicaciones	_____

Historial Ginecológico:
Primer día del período menstrual: ___/___/___ *(más reciente)* **Son períodos regulares:** ☐ No ☐ Sí
Última relación sexual: ___/___/___
Papanicolaou: ☐ Ninguno ___/___/___ ***¿Normal?*** ☐ *Sí* ☐ *No: Y tratamiento*: _____
Mamografía: ☐ Ninguno ___/___/___ ***¿Normal?*** ☐ *Sí* ☐ *No: Y tratamiento*: _____
Vacuna contra VPH/Gardasil: ☐ No ☐ Sí
Tipo de Sangre: ☐ Desconocido ☐ Tipo: _____ ☐ Positivo / ☐ Negativo
Si está embarazada, intención: ☐ dar a luz ☐ abortar ☐ adopción ☐ indecisa

Continuado en ATRÁS

For Office Use Only:										
HCG:	*PR*	*LK*	*Nit*	*BL*	*GL*	*N&V ☐*	*SAB ☐*	*P.R. ☐*	*Rx ☐*	*PnV ☐*
BP:										
P:										
WT:										

PHOENIX WOMEN'S CLINICS

HISTORIAL DE INGRESO

For Office Use Only:
-Place processing label here –

Historial Obstétrico/Embarazos Anteriores: ☐ **Ninguno** **Número total de todos los embarazos:** _____

	Mes Año								Complicaciones	Cesárea
1.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
2.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
3.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
4.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
5.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
6.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		
7.	_____	☐ A término	☐ Prematuro	☐ Aborto Natural	☐ Aborto Provocado	☐ Ectópico	☐ Múltiple	☐ Vivo		

8 o más, Use Formulario Adicional

¿Estás amamantando actualmente? ☐ No ☐ Sí

¿Alguna vez has usado la píldora del día después? ☐ No ☐ Sí: **¿Cuándo?** (*fecha):* _____

Historial Médico Anterior:

Problemas de senos:	☐ No	☐ Sí	Cáncer:	☐ No	☐ Sí
Problemas femeninos:	☐ No	☐ Sí	Diabetes:	☐ No	☐ Sí
Infertilidad:	☐ No	☐ Sí	Endometriosis:	☐ No	☐ Sí
Infecciones de Transmisión Sexual:	☐ No	☐ Sí	Hipertensión:	☐ No	☐ Sí
Abuso Sexual:	☐ No	☐ Sí	Enfermedades Psiquiátricas:	☐ No	☐ Sí
Depresión/Depresión Posparto:	☐ No	☐ Sí	Problemas de la Glándula Tiroides:	☐ No	☐ Sí
Defectos de Nacimiento por enfermedades hereditarias:	☐ No	☐ Sí			

Otros: _____

Phoenix Women's Clinic no es una clínica de emergencia, no cuente 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 anormalidades 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