

Family Planning Service Visit Visita a los Servicios de Planificación Familiar

Patient Label

SUBJETIVO: PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE	
Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible para un mejor servicio.	
¿Cuál es la razón principal de su visita en el día de hoy?	
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor enumere los medicamentos o alimentos a los que hace alergia y su reacción a cada uno de ellos: _____	
Tabaco / Expuesto a fumadores (cigarros, tabacos, pipa, tabaco para mascar) <input type="checkbox"/> Nunca usé <input type="checkbox"/> Expuesto a fumadores <input type="checkbox"/> Usé antes: tipo _____ <input type="checkbox"/> Uso ahora: tipo _____ (# por día _____)	
Alcohol: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Rara vez: tipo _____ <input type="checkbox"/> Ocasionalmente: tipo _____ <input type="checkbox"/> Frecuentemente: tipo _____	
Drogas ilícitas: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Rara vez: tipo _____ <input type="checkbox"/> Ocasionalmente: tipo _____ <input type="checkbox"/> Frecuentemente: tipo _____	
Medicamentos actuales del paciente (Con receta / Sin receta): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Multivitamínico <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Anticonceptivos (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Ha recibido las siguientes vacunas? <input type="checkbox"/> VPH # de dosis _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B Otro: _____	
Enumere cualquier condición médica actual diagnosticada:	
Historial de: <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> otros problemas de salud mental: _____ <input type="checkbox"/> ninguno	
Abuso / Negligencia / Violencia: ¿Está sufriendo alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Contacto sexual forzado <input type="checkbox"/> Abuso verbal/físico <input type="checkbox"/> No satisface las necesidades diarias <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	
Salud Reproductiva	
El primer día de su última menstruación: ____/____/____	# de embarazos _____ # de partos vivos _____
Frecuencia del ciclo menstrual: _____ Duración del sangrado: _____ días Intensidad del sangrado: <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Fuerte	¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou o de VPH? ____/____/____ ¿Los resultados fueron normales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido alguna cirugía o procedimiento obstétrico o ginecológico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor explique brevemente: _____	
Plan de Vida Reproductiva: ¿Quiere más hijos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, ¿cuántos hijos más quiere tener y cuándo? _____ Si respondió no, ¿qué está usando actualmente para evitar el embarazo? _____	
Activo Sexualmente con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres y mujeres, ambos <input type="checkbox"/> Parejas anónimas	
Número de parejas: en el último mes: _____ en los últimos 2 meses: _____ en los últimos 12 meses: _____	
En los últimos 60 días, Ha tenido sexo oral: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí; cuándo _____ dio/recibió/ambos Parejas: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos Ha tenido sexo genital: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí; cuándo _____ Parejas: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos Ha tenido sexo anal: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí; cuándo _____ dio/recibió/ambos Parejas: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos	
¿En el pasado ha sido tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual (STD)? Marque todas las que sean pertinentes. <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> VPH o Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de la última prueba de VIH: _____ <input type="checkbox"/> Nunca Fecha de la última prueba de Hepatitis C: _____	
¿Usted usa condones? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
Marque los síntomas que está teniendo: <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> secreción <input type="checkbox"/> olor <input type="checkbox"/> llaga <input type="checkbox"/> dolor en el área genital <input type="checkbox"/> erupción <input type="checkbox"/> protuberancia <input type="checkbox"/> comezón genital <input type="checkbox"/> ardor/dolor al orinar <input type="checkbox"/> orina frecuente <input type="checkbox"/> otro: _____	
¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____	
¿Ha tomado algún medicamento o ha hecho algo para aliviar los síntomas? _____	

Firma del paciente: _____	Fecha: _____
Reviewed by Healthcare Provider Signature: _____ REVISED 10/19	Date: _____

OBJECTIVE: To be completed by Healthcare Provider (*Para ser llenado por el proveedor de atención a la salud*)

REASON FOR VISIT: Desires contraception (note: If the patient is also presenting for additional services, an HP-13 or HP-14 must be completed)

Patient's Partner(s) History: STD HIV Hepatitis C IV Drug Use Multiple partners None of these

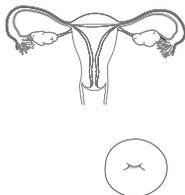
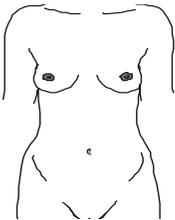
Sexually active minor: Age of partner: _____

Is there a risk of exploitation Yes No If yes, explain _____

Contraception: Current method: _____ Difficulties with method: _____
Desired method, if different from current method _____

Other Cervical Cancer Risk Factors: Age when first had sex _____ DES Exposure? yes no
Abnormal vaginal bleeding, explain: _____

Physical Examination		WNL	Abnormal Findings
Respiratory	Respiratory effort		
	Lungs		
Cardiovascular	Heart		
Breast	Nipples		
	Breasts		
Gastrointestinal	Abdomen		
	Anus / Perineum		
Female Genitourinary	Genitalia		
	Vagina		
	Cervix		
	Uterus		
	Adnexa		



Other Observations

ASSESSMENT:

PLAN:

<p>Testing today:</p> <input type="checkbox"/> GC urine <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> GC swab <input type="checkbox"/> HIV Blood <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> HIV Oral <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Herpes Culture <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Wet Mount <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> Urine PT / UCG: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Other: _____	<p>Medications/Supplies: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> Birth Control Method _____ <input type="checkbox"/> given today <input type="checkbox"/> Rx given <input type="checkbox"/> MV / Folic Acid Number of bottles _____ <input type="checkbox"/> Foam Issued (#) _____ <input type="checkbox"/> Condoms Issued (#) _____ <input type="checkbox"/> Foam/Condoms offered, patient declined <input type="checkbox"/> Other: _____	<p>Recommendations made to client for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment:</p> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Pap Smear <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> Colorectal Scr. <input type="checkbox"/> UCG/HCG <input type="checkbox"/> Ovarian Cancer Scr <input type="checkbox"/> Other: _____	<p>Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> PCP, Medical Home <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> Pediatrician <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Specialist: <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Social Services <input type="checkbox"/> 1-800-QUIT-NOW <input type="checkbox"/> Freedom from Smoking <input type="checkbox"/> Other: _____
--	--	--	--

Preventative Health Education *check counseling topics discussed today*

<input type="checkbox"/> Family planning <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HIV Pretest <input type="checkbox"/> Partner Notification <input type="checkbox"/> Risk Reduction <input type="checkbox"/> Condom use for STD <input type="checkbox"/> Condom use for pregnancy prevention <input type="checkbox"/> PPT - Options counseling	<input type="checkbox"/> Reproductive Life Plan <input type="checkbox"/> ATOD / Cessation <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Preconception / Folic Acid <input type="checkbox"/> DV/SA/Abuse <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> SBE /Mammogram <input type="checkbox"/> Pelvic / Pap	<p>Minor Family Planning Counseling:</p> <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Sexual coercion <input type="checkbox"/> Benefits of parental involvement in choices <p>Educational Handouts:</p> <input type="checkbox"/> FPDM <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> CSEM <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Patient verbalizes understanding of education given.
--	--	--

Healthcare Provider Signature: _____ **Date:** _____ **Recommended RTC:** _____