

[_____]

Patient name

[_____]

ID Number

¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy?

Marque los síntomas que tiene: Ninguna queja secreción olor llagas
 dolor en el área genital erupción cutánea granos dolor testicular comezón genital
 ardor/dolor al orinar micción frecuente otro:

¿Cuándo empezaron los síntomas?

¿Ha tomado algún medicamento o ha hecho algo para aliviar los síntomas?

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? Sí No Si respondió que Sí, por favor escriba los medicamentos o alimentos a los que es alérgico y la reacción que le causa cada uno:

Medicamentos actuales (Con / Sin receta): Ninguno Multivitamínicos Ácido fólico Calcio

Control de la natalidad (Tipo: _____) Otro:

¿Ha tenido alguna hospitalización, lesión grave o cirugía? Sí No

Si respondió que Sí, por favor explique brevemente:

Escriba todas las afecciones diagnosticadas que tenga:

Uso de tabaco/Exposición a humo (cigarrillos, cigarros, pipa, de mascar, rapé): Nunca ha usado Expuesto a humo
 Usó en el pasado: tipo _____ Usa ahora: tipo _____ (# por día _____)

Alcohol: Ningún consumo Rara vez: tipo _____ En ocasiones: tipo _____
 Frecuente: tipo _____

Drogas: Ningún consumo Rara vez: tipo _____ En ocasiones: tipo _____
 Frecuente: tipo _____

Abuso / Negligencia / Violencia: Ningún temor de daños Presión para tener sexo Contacto sexual forzado
 Temor de abuso verbal/físico No se atienden las necesidades diarias

Activo/a sexualmente con: Hombres Mujeres Ambos, hombres y mujeres 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: no sí; cuándo _____ dado / recibido / los dos Parejas: Hombres Mujeres Ambos

Ha tenido sexo genital: no sí; cuándo _____ Parejas: Hombres Mujeres Ambos

Ha tenido sexo anal: no sí; cuándo _____ dado / recibido / los dos Parejas: Hombres Mujeres Ambos

¿Ha recibido tratamiento para alguna ETS en el pasado? Marque todas las que apliquen. Clamidia Gonorrea

Herpes VIH/SIDA VPH o verrugas genitales Sífilis Tricomoniasis Otra:

Fecha de su última prueba de VIH (mes/día/año): _____

¿Usa condones? SIEMPRE A VECES NUNCA

Plan de vida reproductiva ¿Tiene algún hijo? sí no ¿Quiere tener más hijos? sí no

Si respondió que Sí, ¿cuántos más hijos quiere tener, y cuándo? _____

MUJERES SOLAMENTE:

Primer día de su última menstruación (mes/día/año): ____/____/____ # de embarazos ____ # de nacidos vivos ____

¿Cuándo fue su último papanicolaou? ____/____/____ ¿El resultado fue normal? Sí No Explique:

¿Está tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Ha usado ducha vaginal en la última semana? Sí No

Firma de paciente: _____ Firma de proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER

(PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN A LA SALUD)

PREVENTIVE HEALTH EDUCATION: check counseling topics discussed today

STD Condom use for STD ATOD / Cessation Cancer Family planning/ RPL:
 HIV Condom use for Mental Health SBE /Mammogram DV/SA/Abuse
 HIV Pretest Pregnancy prevention Preconception / Pelvic / Pap Minor FP Patient Counseling –
 Partner Notification PPT - Options Folic Acid STE / PSA Sexual coercion. Abstinence. Benefits
 Risk Reduction counseling of parental involvement in choices.

Educational Handouts: STD HIV FPEM CSEM Patient verbalizes understanding of education given
Other: _____

Is there a risk of exploitation Yes No

Sexually active minors: Age of partner: _____

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

SYSTEM		NL	ABNORMAL		SYSTEM		NL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance				Lymphatic	Neck, Axilla, Groin		
	Nutritional status				Musculoskeletal	Spine		
	Vital signs					ROM		
HEENT	Head: Fontanel, Scalp				Skin / SQ Tissue	Symmetry		
	Eyes: PERRL					Inspection(rashes)		
	Conjunctivae, lids				Palpation (nodules)			
	Ear: Canals, Drums				Neurological	Reflexes		
	Hearing					Sensation		
	Nose: Mucosa/ Septum				Psychiatric	Orientation		
	Mouth: Lips, Palate					Mood / Affect		
	Teeth, Gums				EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:			
	Throat: Tonsils							
	Neck	Overall appearance						
	Thyroid							
Respiratory	Respiratory effort							
	Lungs							
Cardiovascular	Heart							
	Femoral/Pedal pulses							
Chest	Extremities							
	Thorax							
	Nipples							
Gastrointestinal	Breasts							
	Abdomen							
	Liver / Spleen							
Genitourinary	Anus / Perineum							
	Male: Scrotum							
	Testes							
	Penis							
	Prostate							
	Female: Genitalia							
	Vagina							
	Cervix							
	Uterus							
	Adnexa							

ASSESSMENT:

PLAN:

Testing today:

- GC urine
- Chlamydia urine
- GC swab
- Chlamydia swab
- UA
- TST
- VDRL
- HIV Blood
- Pap
- HIV Oral
- Hgb
- Cholesterol
- Wet Mount
- Herpes Culture
- Blood Glucose
- Urine PT / UCG: Pos Neg
- Planned pregnancy? Yes No
- Other:

Medications/Supplies: N/A

- Condoms: # given _____
- Condoms offered; pt. declined
- Bicillin _____
- Metronidazole _____
- Rocephin _____
- Ceftriaxone _____
- Zithromax _____
- Doxycycline _____
- MV/Folic Acid: # given _____
- Other: _____
- Counseled on Benefits, SE and adverse reaction to medications given.

Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: N/A

- Vision / Hearing
- Speech
- Dental
- Hgb
- Sickle Cell
- Lead
- UCG / HCG
- Developmental Scr. Tests
- Other:
- FBS / GTT
- Lipid Screen
- Pap Smear
- Mammogram
- Ultrasound
- TST / CXR
- Liver Panel

Referrals made: N/A

- PMD
- Pediatrician
- Specialist:
- Radiology
- MNT with RD
- Medicaid
- Social Services
- 1-800-QUIT-NOW
- Cooper Clayton Classes
- Other:
- HANDS
- WIC
- FP

Healthcare Provider Signature:

Date:

Recommended RTC: