[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]

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

Patient Label

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Is there a risk of exploitation** Yes No | | | | | | | | | | | |
| ***SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:*** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***OBJECTIVE:* General Multi-System Examination** | | | | | | | | | | | |
| SYSTEM | | | NL | ABNORMAL | **hp female picture** | | SYSTEM | | | NL | ABNORMAL |
| Constitutional | General appearance | |  |  | Lymphatic | Neck, Axilla, Groin | |  |  |
| Nutritional status | |  |  | Musculoskeletal | Spine | |  |  |
| Vital signs | |  |  | ROM | |  |  |
| HEENT | Head: Fontanels, Scalp | |  |  | Symmetry | |  |  |
| Eyes: PERRL | |  |  | Skin / SQ Tissue | 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 | |  |  |  | | | | |
| Extremities | |  |  |  | | | | |
| Chest | Thorax | |  |  |  | | | | |
| Nipples | |  |  |  | | | | |
| Breasts | |  |  |  | | | | |
| Gastrointestinal | Abdomen | |  |  |  | | | | |
| Liver / Spleen | |  |  |  | | | | |
| Anus / Perineum | |  |  |  | | | | |
| Genitourinary | 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  FBS / GTT   Speech  Lipid Screen   Dental  Pap Smear   Hgb  Mammogram   Sickle Cell  Ultrasound   Lead  TST / CXR   UCG / HCG  Liver Panel   Developmental Scr. Tests   Other: | | | **Referrals made:**  N/A   PMD  HANDS   Pediatrician  WIC   Specialist:  FP   Radiology   MNT with RD   Medicaid   Social Services   1-800-QUIT-NOW   Cooper Clayton Classes   Other: | | |
| **Healthcare Provider Signature: Date: Recommended RTC:** | | | | | | | | | | | |