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

 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 AmbosHa tenido sexo genital:  no  sí; cuándo \_\_\_\_\_\_\_\_ Parejas: Hombres Mujeres AmbosHa 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:**  |