

[_____]

Patient name

[_____]

ID Number

¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy?

Marque los síntomas que tiene: Ninguna queja secreción mal 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) a algún medicamento o alimento? sí no Si respondió que sí, por favor escriba los medicamentos o alimentos a los que es alérgico(a) y la reacción que le causa cada uno de ellos:

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

Consumo tabáquico/Expuesto(a) a fumadores (cigarrillos, cigarros, pipa, rapé húmedo, tabaco para mascar, rapé):
 Nunca ha consumido Expuesto a fumadores He consumido antes: tipo _____ Consumo ahora: tipo ____ (# por día ____)

Alcohol: Ninguno Rara vez: tipo _____ Ocasionalmente: tipo _____
 Frecuentemente: tipo _____

Drogas: Ninguna Rara vez: tipo _____ Ocasionalmente: tipo _____
 Frecuentemente: tipo _____

Abuso/Negligencia/Violencia: Ningún temor de daños Presión para tener relaciones sexuales Contacto sexual forzado Temor de sufrir abuso verbal/físico Necesidades diarias no satisfechas

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 _____ rol activo/pasivo/ambos Parejas: Hombres Mujeres Ambos

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

Ha tenido sexo anal: no sí; cuándo _____ rol activo/pasivo/ambos Parejas: Hombres Mujeres Ambos

¿Ha recibido tratamiento por una ETS alguna vez? 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 condón? SIEMPRE A VECES NUNCA

MUJERES SOLAMENTE:

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

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? ____/____/____ ¿El resultado fue normal? Sí No Explique:

¿Quiere tener más hijos? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuántos más y para cuándo? _____

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 pregnancy prevention Mental Health SBA /Mammogram DV/SA/Abuse
 HIV Pretest Preconception / Folic Acid Pelvic / Pap Minor FP Patient Counseling –
 Partner Notification PPT - Options STE / PSA Sexual coercion. Abstinence. Benefits
 Risk Reduction counseling of parental involvement in choices.

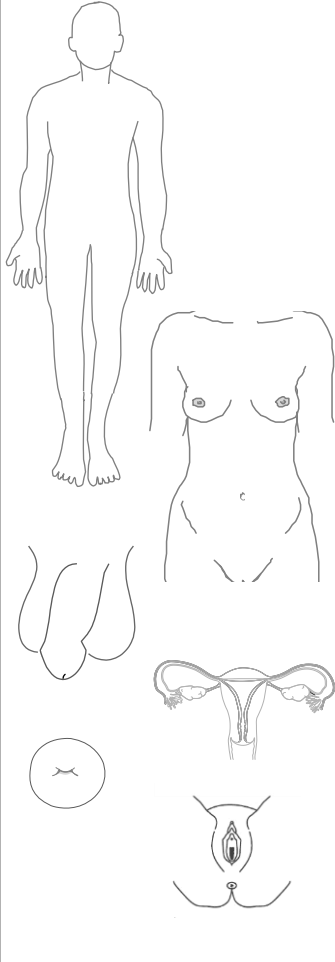
Educational Handouts: STD HIV FPEM CSEM Patient verbalizes understanding of education given
Other: _____

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				Spine		
	Vital signs				Musculoskeletal	ROM	
HEENT	Head: Fontanel, 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:

<p>Testing today:</p> <p><input type="checkbox"/> GC urine <input type="checkbox"/> Chlamydia urine</p> <p><input type="checkbox"/> GC swab <input type="checkbox"/> Chlamydia swab</p> <p><input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> TST</p> <p><input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV Blood</p> <p><input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> HIV Oral</p> <p><input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Cholesterol</p> <p><input type="checkbox"/> Wet Mount <input type="checkbox"/> Herpes Culture</p> <p><input type="checkbox"/> Blood Glucose</p> <p><input type="checkbox"/> Urine PT / UCG: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p> <p>Planned pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Other:</p>	<p>Medications/Supplies: <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Condoms: # given _____</p> <p><input type="checkbox"/> Condoms offered; pt. declined</p> <p><input type="checkbox"/> Bicillin _____</p> <p><input type="checkbox"/> Metronidazole _____</p> <p><input type="checkbox"/> Rocephin _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ceftriaxone _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zithromax _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doxycycline _____</p> <p><input type="checkbox"/> MV/Folic Acid: # given _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Counseled on Benefits, SE and adverse reaction to medications given.</p>	<p>Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Vision / Hearing <input type="checkbox"/> FBS / GTT</p> <p><input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Lipid Screen</p> <p><input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Pap Smear</p> <p><input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Mammogram</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Ultrasound</p> <p><input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> TST / CXR</p> <p><input type="checkbox"/> UCG / HCG <input type="checkbox"/> Liver Panel</p> <p><input type="checkbox"/> Developmental Scr. Tests</p> <p><input type="checkbox"/> Other:</p>	<p>Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> PMD <input type="checkbox"/> HANDS</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatrician <input type="checkbox"/> WIC</p> <p><input type="checkbox"/> Specialist: <input type="checkbox"/> FP</p> <p><input type="checkbox"/> Radiology</p> <p><input type="checkbox"/> MNT with RD</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Social Services</p> <p><input type="checkbox"/> 1-800-QUIT-NOW</p> <p><input type="checkbox"/> Cooper Clayton Classes</p> <p><input type="checkbox"/> Other:</p>
---	--	---	--

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