LA INFORMACIÓN ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL OP_____PE_____

Solicitud para una prueba de embarazo

FECHA/_____/_____
NOMBRE_____ **EDAD**_____ **FECHA DE NACIMIENTO**_____/_____/_____
DIRECCIÓN_____ **TELÉFONO**_____
CIUDAD_____ **ESTADO** _____ **CÓDIGO POSTAL**_____

INDIQUE EL GRUPO ÉTNICO / RAZA QUE LE CORRESPONDE:

___ Negro afroamericano
___ Indígena americano/ de Alaska
___ Asiático
___ Caucásico
___ Isleño de las islas del Pacífico
___ Otro

ORIGEN ÉTNICO: hispano ____ Sí _____ No

¿Cómo se siente usted respecto a quedar embarazada (Indique la mejor respuesta)

1.___ Quise quedar embarazada pronto
2.___ Quiero embarazarme más tarde
3.___ Quisiera estar embarazada ahora
4.___ Yo no quise embarazarme ahora ni en el futuro.

¿Usted fuma? Sí____ No____

1. ¿Tiene algún síntoma de embarazo? Sí____ No____ Si contestó que sí, anote los síntomas: _____
2. ¿Cuándo fue el primer día de su última regla/menstruación? _____
3. ¿Fue una regla normal? Sí____ No____ **4.** ¿Cuándo tuvo su última relación sexual? _____
5. Anote el método del control natal que usó:
□La pastilla □ la inyección □ los condones □ Implanon □ el DIU □ el parche □ el arillo □ ninguno □ otro____
6. Si el resultado de la prueba del embarazo es negativo, ¿está interesada en algún método anticonceptivo? Sí____ No____
7. Si está embarazada, ¿quiere una remisión para los servicios de**:**
___Atención Prenatal? ___Aborto? ___Adopción? ___No está segura?
8. ¿Con qué médico o a cuál clínica va si está enferma?_____
9. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?_____ **11. ¿Cuál es el ingreso anual en el hogar? _____**
10. ¿Cuántos nacimientos?_____ **12. ¿Cuántas personas viven en la casa?_____**

Solicito que esta clínica me haga una prueba de embarazo. Entiendo que si el resultado de esta prueba es positivo me harán un examen pélvico a la mayor brevedad (dentro de los 15 días siguientes). Si el resultado de la prueba es positivo, le entregaré la copia de este formulario a mi proveedor médico. Por este medio libero a la clínica y a sus empleados de toda o de cualquier responsabilidad relacionada con esta prueba de embarazo, particularmente en relación con algún error.

Firma del cliente_____Fecha_____Firma del personal _____ Fecha_____

Test Done	Reason Test Not Done	Test Results
□ Yes □ No	□ Date of LMP too recent □ Client left □ Other_____	□ **Negative** □ **Positive** LMP ____ EDC_____ **Wks. gest.**_____

Referral To	Service Provided	Education Given
□ Family Planning Clinic Appt. made: □ Repeated Pregnancy Test: Date □ Prenatal Care □ Adoption services □ Abortion Services □ Nurse Family Partnership □ Prenatal Plus □ Medicaid/PE □ WIC □ Public Health Nurse □ STD Clinic □ Substance Abuse Program □ Smoking Cessation	□ Pregnancy Test □ Pelvic Exam (chart details below) □ Counseling – Contraceptive □ Counseling – Adolescent (including abstinence) □ Counseling Emergency Contraception □ Counseling Pregnancy Options □ STD Counseling □ Chlamydia test: □ Urine □ Cervical □ Dispensed Condoms and/or Foam □ Dispensed OCP's_____ □ Quickstart □ Depo Injection (chart details in comments below) □ Dispensed OCP's _____ □ Quickstart □ Dispensed Evra (patch) □ Quickstart □ Dispensed NuvaRing □ Quickstart □ Dispensed prenatal vitamins/instructions	□ AIDS/ Safe Sex □ All methods/E.C. □ Anatomy/ Menstrual Cycle □ Comfort measures/pregnancy □ Drug/Alcohol/Smoking Risks □ Exercise □ Ectopic Precautions □ E.R. #'s: □ Folic Acid □ Medication during pregnancy □ Nutrition □ Prenatal Depression □ Cramping/Bleeding □ Toxoplasmosis

□Family Planning Program Consent Signed □ Method Specific consent signed
Objective Findings: B/P:_____ Wt.: _____ Pelvic (if indicated): _____
Other Comments:_____
_____

_____ _____
Staff Signature **Date**