

Qué Cuidador/Adulto participó (Nombre del Cliente)?

Fecha de la Actividad: ____/____/____

Por petición del cliente, la información de este formulario es confidencial: (Seleccione uno)

- Sí
- No

Proveedor (Personal o Médico que presta servicios al cliente con mayor nivel de formación): (Seleccione uno)

- Médico
- PA/APRN/CNM
- Enfermera registrada
- Otro

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Está embarazada? (Seleccione uno)

- Sí
- No
- N/A—Servicios para Hombre

Quiere quedar embarazada en el próximo año? (Seleccione uno)

- Sí
- No
- Cliente no está segura
- Cliente está bien de cualquier manera
- N/A – Servicios para Hombres

Usted fuma? (Seleccione uno)

- Sí
- No

Usted bebe alcohol o usa otras sustancias? (Seleccione uno)

- Sí
- No

PRUEBAS REALIZADAS (Seleccione todos los que apliquen)

- Uso de tabaco
- Uso de alcohol
- Uso de sustancia (legal o ilegal)
- Salud mental/ del compartamiento
- Depresión
- Violencia domestica
- Tráfico de personas
- Diabetes
- Hipertensión

SERVICIOS DEL PROGRAM (Seleccione todos los que apliquen)

Tipo de Visita: (Seleccione uno)

- Visita Inicial
- Visita Periódica/Seguimiento

Servicios del Programa: (Seleccione todos los que apliquen)

- Examen Clínico de los Senos
- Prueba de Chlamydia
- Seguimiento Anticonceptivo
- Consejería para uso de tabaco
- Consejería para uso de alcohol o droga (legal o ilegal)
- Consejería para uso de alcohol o sustancia (legal o ilegal)
- Consejería para salud mental/ del compartamiento
- Consejería para depression
- Consejería para violencia domestica
- Consejería para Tráfico de personas
- Consejería para diabetes
- Consejería para hipertension
- Educación
- Prueba de Gonorrea
- Prueba del VIH
- Prueba de Papanicolaou
- Prueba de Embarazao
- Tratamiento STD/STI
- Prueba de Sífilis
- Otra prueba STD/STI
- Otra evaluación

Resultado de la prueba de Papanicolaou: (Seleccione uno)

- No realizó la prueba Papanicolaou
- Normal
- ASC o superior
- HSIL o superior
- No concluyente
- Resultado Pendiente

Resultado del Examen Clínico de los Senos: (Seleccione uno)

- No realizó el examen clínico de los senos
- Normal
- Anormal

Referencia para una evaluación adicional en base al examen clínico de los senos: (Seleccione uno)

- N/A (Seleccione si un CBE no se realizó durante la visita)
- Si
- No

Formulario de Servicio de Planificación Familiar

Resultado de la prueba de VIH: (Seleccione uno)

- No realizó la prueba de VIH
- Positivo
- Negativo
- Resultado Pendiente

Otro tipo de prueba STD/STI:
_____**Especifique otro tipo de evaluación:**
_____**Tipo de Método Anticonceptivo al final de la visita:
(Seleccione uno)**

- Abstinencia
- Tapón Cervical
- Diafragma
- FAM/LAM
- Condón Femenino
- Esterilización Femenina
- Implante Hormonal
- Inyección Hormonal (1 mes.)
- Inyección Hormonal (3 meses.)
- IUD/IUS
- Condón para Hombres
- Hombre: depender del método(s) femenino
- Anticonceptivos Orales
- Parche
- Espermicida (Solo)
- Esponja
- Vasectomía
- Aro Vaginal
- Retirada u otro método*
- Desconocido/No Reportado
- Ninguno

*Especifique Otro Método Anticonceptivo:

**Razón para ningún método anticonceptivo:
(Seleccione uno)**

- Embarazada/Buscando Embarazo
- Otras Razones

Especifique otra razón:
_____**Duración de la Visita: (Minutos)**

*(Incluir el número de minutos que pasó en contacto
director con el cliente por TODOS los proveedores de
servicio durante la visita)*

Necesita alguna referencia? (Seleccione uno)

- Si (En caso de si, llene el formulario de referencia)
- No