

**LEBANON FAMILY HEALTH SERVICES
PREGNANCY TEST FORM**

Name: _____ Date: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ CHART #: _____
Fecha de nacimiento *Edad*

First day of last normal period:
El primer dia de su period normal _____

Do you get regular periods every month? Yes No
Recibe sue flujo menstrual cada mes Si No

Have you had any irregular or abnormal bleeding since your last period? Yes No
ha tenido algun sangrado irregular o anormal desde sue ultima mensturacion? Si No

Were you planning a pregnancy? Yes No
Estas tratando de quedar embarazada Si No

Are you on a birth control method at present? Yes No
Esta's usando un metodo anticonceptivo? Si No

If yes, what birth control method?
Que metodo de anticonceptivo?

Please circle any pregnancy symptoms you may be having:
Por favor circulo sintomas de embarazo que usted tiene:

Breast tenderness <i>El dolor en sue seno</i>	Nausea <i>Nauseas</i>	Frequent urination <i>Orinar con mas frecuencia</i>	Weight gain <i>El aumento de peso</i>
Cramping <i>Colicos</i>	Tiredness <i>Cansancio</i>	Vomiting <i>Vomitando</i>	Spotting <i>Manchado/Sangrado</i>

Some drugs can change the urine pregnancy test results. Please list present medications or drugs that you have used in the last 48 hours. Include over the counter medications such as aspirin or durgs such as marijuana.

Algunas drogas pueden cambiar los resultados de la prueba de embarazo de orina. Por favor escriba todos los medicamentos o drogas que ha utilizado en las ultimas 48 horas. Incluya todos los medicamentos como la aspirina o drogas como la marihuana.

Please Provide Information On Other Side

I understand that I will be getting a URINE pregnancy test today. I also understand that a urine pregnancy test may not be able to detect all pregnancies and that I may be asked to have a blood pregnancy test or to return to the office at a later date for further follow-up.

Patient Signature

Date

Yo entiendo que tendra una prueba de embarazo de orina. Tambien entiendo que una prueba de embarazo de orina no podra mostrar todos los embarazos. Tambien entiendo que me puede pedir para tener una prueba de sangre o para volver a la oficina mas tarde para otra visita.

Firma de paciente

Fecha

CLINIC NOTES: WT _____ HT _____ BMI _____ BP _____

NON DIRECTIVE COUNSELING PROVIDED? Yes No

PREG TEST RESULTS **POSITIVE EDC** _____ **WKS** _____ **NEGATIVE**

_____ Folic acid info given GC _____ CT _____

STAFF SIGNATURE

DATE