

Historial Medico**Planificación Familiar de Ohio Central**

Nombre _____ SS# _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Raza _____ Estado Civil: soltera o casada
(Circulo uno)

¿Cual es el propósito de su visita hoy? _____ ¿Tiene doctor para otros tipos de tratamiento médico? Sí No

¿Le han hecho un examen pélvico? Sí No ¿Come saludablemente? Sí No

¿Esta tomando medicamentos actualmente (con receta o sin receta), vitaminas o suplementos naturales? Sí No ¿Hace ejercicios con regularidad? Sí No
Tipo de Ejercicio _____

Especifique: _____ Cuanto por semana _____

¿Tiene alergias a algunos medicamentos, metales o al yodo? Sí No Especifique: _____

Durante una semana típica, con cuanta frecuencia usted: Usa alcohol _____ veces por semana

Usa drogas/marijuana _____ veces por semana

¿Cuántos cigarrillos usted fuma? _____ por día Cuántos alios fumando? _____

¿Cuántos tazas de bebidas conteniendo cafeína toma al día? _____

Historia Menstrual, Embarazo y Sexual:

Edad en que comenzó su menstruación _____ Cantidad de embarazos _____

Primer día de su último periodo normal _____ Cantidad de nacimientos vivos _____

Cantidad de días entre día 1ro del ultimo periodo & día 1ro del siguiente _____ Fechas _____

Cantidad de días de su periodo _____ Cantidad de niños vivos _____

Es su periodo: Ligero Mediano Fuerte Cantidad de partos prematuros _____

Cantidad de toallas o tampones que usa por día _____ Cantidad de partos vaginales _____

¿Experimenta usted calambres? Sí No Cantidad de cesáreas _____

¿Es usted sexualmente activa? Sí No Cantidad de abortos _____

Mis pareja (s) sexuales son: Hombre Mujer Ambos Fecha(s) _____

Sus relaciones actuales son: Vaginal Anal Oral Cantidad de embarazos malogrados _____

Cantidad de parejas sexuales: Ahora: _____ Fecha(s) _____

Los últimos 12 meces _____ Cantidad de niños nacidos muertos _____

De por vida _____ Fecha(s) _____

Edad cuando ocurrió la primera relación sexual _____ Cantidad de embarazos fuera de la matriz _____

¿Esta embarazada en estos momentos? Sí No Fecha(s) _____

Si contestó si, ¿Es este su primer embarazo? Sí No ¿Desea hijos en el futuro? _____

Edad cuando ocurrió su primer embarazo _____ Sí No Indecisa

Problemas con el embarazo (Toxemia, Alta presión, ¿Esta lactando? Sí No
Diabetes, anormalidades genéticas, etc.)? Sí No

Especifique: _____

En el pasado, ¿Que métodos contraceptivos ha utilizado?

- Pastillas Esponjas Remover/sacarlo Norplant vasectomía
 Condones Diafragma Ritmo/Natural DepoProvera ninguna
 Espermicidas capa/tapa cervical IUD tipo: _____ ligación tubal otros _____

¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos? _____

¿Que métodos contraceptivos desea usar ahora? _____

Nombre de las patillas y fechas: _____ Fecha de la Depo Provera: _____

¿Tiene usted en estos momentos ó ha tenido alguna vez los siguientes? (Marque todas las que se apliquen)

- 1. Infecciones vaginales frecuentes
- 2. Infecciones en el utero/tubos/ovarios
- 3. Infecciones sexualmente transmitidas
 - chlamydia gonorrea sífilis
 - verrugas bichos trich
- 4. Periodos pasados por alto
- 5. Sangrando entre periodos menstruales
- 6. Tumores uterinos/quiste
- 7. Anormalidades uterinas
- 8. Prueba del PAP anormal
- 9. Problemas sexuales
- 10. Infecciones en las vias urinarias
- 11. Cirugías ob/gyn (Iacrosopia, colposcopia etc.)
- 12. madre tomó hormonas DES mientras estuvo embarazada con usted
- 13. Problemas/cirugías con sus pechos
- 14. Problemas mentales/emocionales/depresión
- 15. Adormecimiento/calambres en las piernas
- 16. Convulsiones/desmayos/epilepsia
- 17. Migrañas/dolores de cabeza
- 18. Problemas de la visión
- 19. Problemas de abuso sexual/violencia domestica o coerción sexual
- 20. Enfermedad de la tiroide
- 21. Alta presión
- 22. Alto contenido de grasa/colesterol
- 23. Anemia—de tipo: _____
- 24. Problemas del corazón/soplo fiebre reumática/ apoplejía
- 25. Problemas respiratorios/asma
- 26. Tuberculosis
- 27. Inflamación de las venas/coágulos
- 28. Venas varicosas
- 29. Problemas estomacales/intestinales
- 30. Padecimiento de la vesícula
- 31. Padecimiento de los ririones/vejiga
- 32. Hepatitis/mono/ictericia/hígado
- 33. Vacuna del Hepatitis B
- 34. Transfusión de sangre
- 35. Diabetes/azúcar
- 36. Sarampión/vacuna contra sarampión
- ..37 cáncer
- 38. Problemas congénitos/defectos
- 39. Sobre/bajo peso
- 40. Hospitalización/cirugía
- 41. Problemas con el balance/audición gusto, olor
- 42. Otros problemas médicos: _____

¿Sus padres, hermanos ó hermanas han padecido de lo siguiente? Marque todo lo que te responde:

- diabetes ataque de corazón antes de cumplir 50 anos Trombosis de las venas (coágulos sanguíneos) o embolia pulmonar
- cáncer nivel de grasa alta (colesterol)
- apoplejía artritis fracturas de huesos después de los 35 años
- alta presión osteoporosis no sabe / no se adoptaron

La información completada arriba esta completa y certada según mi conocimiento. Toda información que usted nos preste es confidencial. Ninguna información será divulgada sin su consentimiento.

Fecha: _____ Firma del paciente _____ Fecha: _____ Firma de la clínica: _____

Fecha de revisión anual: _____ LMP _____	
Notas: _____	

Firma del paciente _____	Firma de la clínica _____

Fecha de revisión anual: _____ LMP _____	
Notas: _____	

Firma del paciente _____	Firma de la clínica _____