Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc. ~ Línea Gratuita 1-866-942-7762

Centro de Salud de Chapel Hill
1765 Dobbins Drive
Chapel Hill, NC 27514

Centro de Salud de Durham
105 Newsom Street, Suite 101
Durham, NC 27704

Centro de Salud de Fayetteville
4551 Yadkin Road
Fayetteville, NC 28303

Historial Médico Completo Feminino

Nombre:		**Fecha:**
No. de Paciente:	**Fecha de Nacimiento:**	**Edad:**
Estoy aquí hoy porque:		

Favor de contestar las siguientes preguntas:

□ Sí □ No	¿Recibe actualmente algún tratamiento para una enfermedad o condición médica? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Recibe actualmente la atención de un proveedor de cuidado primario o un/a médico/a de familia?
□ Sí □ No	¿Ha tenido alguna enfermedad seria? Favor de describir:
□ Sí □ No	**¿Ha tenido un coágulo sanguíneo (de cabeza/corazón/pulmones/piernas)?**
□ Sí □ No	**¿Tiene un desorden de coágulos sanguíneos o desorden de la sangre?**
□ Sí □ No	**¿Ha tenido un derrame cerebral o problemas similares?**
□ Sí □ No	**¿Ha tenido un ataque del corazón o dolor del pecho?**
□ Sí □ No	**¿Ha tenido problemas del hígado (hepatitis, un tumor u otros)?**
□ Sí □ No	**¿Usa tabaco?** En caso afirmativo, ¿por cuántos años? ____ Si fuma, ¿cuántos al día?_____ □ ¿Tabaco de mascar?
□ Sí □ No	¿Padece de dolores de cabeza de tensión o estrés?
□ Sí □ No	**¿Padece de migrañas?** Migrañas son dolores de cabeza fuertes que se repiten y que pueden provocar náuseas y sensibilidad a la luz.
□ Sí □ No	**Si padece de migrañas, ¿ha tenido cambios de visión las cuales** □ empiezan antes de los dolores □ duran hasta una hora □ resuelvan antes de que empiecen los dolores
□ Sí □ No	¿Ha tenido un trastorno de la alimentación? Si sí, por favor indique □ ahora □ en el pasado
□ Sí □ No	¿Padece de la sudación nocturna o de sofocos de calor?
□ Sí □ No	¿Toma alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana?
□ Sí □ No	¿Usa drogas de la calle? ¿De cuál tipo?:
□ Sí □ No	¿Causa(n) problemas en su vida el alcohol o las drogas? ¿Se preocupan otras personas por sus hábitos de alcohol o drogas?
□ Sí □ No □ Sí □ No	¿Actualmente toma alguna medicina de receta, de venta libre o de yerba? Favor de anotar: ¿Toma una vitamina múltiple diaria que contiene ácido fólico?
□ Sí □ No	¿Tiene alergia a alguna droga, medicamento, látex u otra sustancia, incluyendo la anestesia local? Favor de anotar:
□ Sí □ No	¿Ha tenido alguna cirugía? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Es transgénero? Pronombre preferido: □ El □ Ella
□ Sí □ No	¿Padece del prolapso de la válvula mitral o un soplo del corazón?
□ Sí □ No	¿Ha tenido presión sanguínea alta?
□ Sí □ No	¿Ha tenido colesterol alto?
□ Sí □ No	¿Padece de toz crónica u otro problema de la respiración/asma?
□ Sí □ No	¿Padece de problemas del estómago o del intestino?
□ Sí □ No	¿Tiene problemas con infecciones periódicas del tracto urinario, infecciones de los riñones o escapes de la vejiga?
□ Sí □ No	¿Tiene defectos de nacimiento o problemas genéticos?
□ Sí □ No	¿Tiene fibroides uterinos, quistes de los ovarios o anormalidades del útero?
□ Sí □ No	¿Tiene una bolita del seno o secreción del pezón?
□ Sí □ No	¿Padece de dolor pélvico?
□ Sí □ No	¿Padece de dolor o sangrado con el sexo? ¿Otros problemas sexuales?
□ Sí □ No	¿Tiene flujo vaginal anormal?
□ Sí □ No	¿Tiene comezón o protuberancias vaginal(es)?
¿Cuándo se hizo su último examen de papanicolau? Resultados: □ Normales □ Anormales □ Nunca he tenido un papanicolau	
□ Sí □ No	¿Ha tenido un papanicolau anormal? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Tomó su mamá DES cuando estaba embarazada consigo? (sólo para mujeres nacidas antes del 1971)
□ Sí □ No	Planned Parenthood recomienda que se haga pruebas de VIH con regularidad. ¿Quiere que le hagan una prueba de VIH hoy?
□ Sí □ No	¿Ha tenido una infección de transmisión sexual? Indique tipo: □ Clamidia □ Gonorrea □ Verrugas genitales/PVH □ Herpes □ Sífilis □ EPI □ VIH/SIDA □ Tricomoniasis

□ Sí □ No	¿Ha tenido ataques repentinos/epilepsia?
□ Sí □ No	¿Alguna vez le han dado tratamiento por depresión?
□ Sí □ No	¿Durante el último mes, ha estado preocupada por tener poco interés o poco placer en hacer las cosas?
□ Sí □ No	¿Durante el último mes, ha estado preocupada por sentirse triste, deprimida, desesperada o ansioso?
□ Sí □ No	¿Tiene problemas del tiroide?
□ Sí □ No	¿Tiene diabetes? En caso afirmativo, ¿hace cuanto que la diagnosticaron?
□ Sí □ No	¿Tiene anemia?
Inmunizaciones (indique las que ha recibido)	
□ Hepatitis A □ Hepatitis B □ inyección 1 □ inyección 2 □ inyección3 □ vacuna de PVH □ inyección 1 □ inyección 2 □ inyección3 □ Sarampión/parotiditis/rubéola □ Difteria/tétanos □ No sé	
Historia familiar ¿Es adoptada? □ Sí □ No	
¿Un miembro de su familia biológica (padres, hermanos/as) ha tenido una de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, favor de anotar cuál pariente.	
□ Sí □ No	Diabetes
□ Sí □ No	Enfermedad del corazón/ataques del corazón/derrame cerebral antes de los 50 años
□ Sí □ No	Colesterol alto
□ Sí □ No	Problemas genéticos
□ Sí □ No	Cáncer. En caso afirmativo, favor de describir:
□ Sí □ No	Coágulos sanguíneos o desorden de ellos
□ Sí □ No	Otro:
Historia de embarazo □ Nunca embarazada □ Actualmente embarazada, número de semanas:	
# total de embarazos _____ # de abortos espontáneos _____ # de hijos/as vivos/as_____ Edades de hijos/as_____ # de cesáreas _____ # de partos vaginales_____ # de abortos _____ Complicaciones: _____ Fecha del último embarazo: _____ ¿Actualmente amamantando? □ Sí □ No	
□ Sí □ No	¿Ha tenido un embarazo ectópico?
□ Sí □ No	¿Está planeando un embarazo durante el próximo año?
Historia Contraceptiva □ Pos menopáusica □ No es necesario un método de control natal porque_____ (continúe a la siguiente sección)	
Método actual de anticoncepción: ¿Por cuánto tiempo lo ha usado?	
□ Sí □ No	¿Ha tenido problemas con este método? En caso afirmativo, favor de describirlos:
¿Cuál método quisiera usar ahora?	
¿Cuáles tipos de anticoncepción ha usado en el pasado? Favor de anotar cualquier problema:	
Historia Social	
□ Sí □ No	¿Recientemente ha tenido estrés significativo o un cambio importante en su vida?
□ Sí □ No	¿Ha sido abofeteada, pegada o de otra forma lastimada físicamente por una pareja, miembro de su familia o amigo/a?
□ Sí □ No	¿Ha sido violada o esforzada a participar en un acto sexual?
Favor de indicar su respuesta con un círculo: Durante el último año, mi pareja me amenazó o me dio miedo: nunca, casi nunca, a veces, a menudo Durante el último año, mi pareja me pegó, me abofeteó o me lastimó físicamente a propósito: nunca, casi nunca, a veces, a menudo	
Historia de la menstruación: □ Ya no tengo reglas □ Peri menopáusica	
Primer día de su última menstruación: ¿Fue normal? □ Sí □ No Edad cuando empezó a menstruar:	
Sus reglas son: □ Regulares □ Irregulares Reglas llegan cada_____ días y duran _____ días	
Calambres son: □ Fuertes □ Moderados □ Tolerables □ Ningunos Sangrado es: □ Fuerte □ Moderado □ Ligero	
□ Sí □ No	¿Tiene problemas con síntomas premenstruales (hinchada, cambios emocionales)?
□ Sí □ No	¿Tiene sangrado entre sus reglas?
Historia sexual □ Actualmente no activa sexualmente	
Pareja(s) sexual(es): □ Hombres □ Mujeres □ Ambos	
Activa sexualmente: □ Anal □ Oral □ Vaginal	
□ Pareja sexual nueva en los últimos 6 meses □ Mi pareja tiene otra(s) pareja(s) sexual(es) actualmente	
□ Sexo desde última regla sin anticoncepción/condones	

A mi mejor conocimiento, la información arriba es completa y correcta. Este formulario es válido por dos años. Por favor firme una vez.

Firma de paciente _____ **Fecha** _____

Visita de seguimiento: ¿Algún cambio significativo al historial arriba? □ Sí □ No (en caso afirmativo, describir en nota de progreso)

Firma de paciente_____ **Fecha**_____