

DOB

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Chart #

Toll Free 1-866-942-7762

1765 Dobbins Drive
Chapel Hill, NC 27514105 Newsom Street, Suite 101
Durham, NC 277044551 Yadkin Road
Fayetteville, NC 28303**MEDICAL HISTORY FORM**

First Name: _____ Last Name: _____

How did you learn about PPCNC's abortion services? _____

Have you had a positive pregnancy test? yes no First day of your last normal period: _____

When was your last physical exam that included a pap smear and breast check? _____

If you are over 40, when was your last mammogram? _____

Do you have any concerns today about being at risk for a sexually transmitted infection? yes no

Planned Parenthood recommends regular HIV testing. Would you to like to have an HIV test today? yes no

Have you had a change in sexual partners in the last 6 months? yes no

Has anyone forced you to have sex or sexual contact? yes no

Has anyone hurt you or are you currently afraid of being hurt? yes no

How many times have you been pregnant before now? _____ Any complications? yes no

How many of each of the following have you had?

___vaginal delivery ___abortion ___miscarriage ___c-section ___ectopic pregnancy

When did your last pregnancy end? _____

What birth control methods have you used in the past? condoms pills patch vaginal ring Depo Provera

emergency contraception diaphragm/cervical cap IUD withdrawal other: _____

What problems have you had with birth control methods? _____

What method were you using when you got pregnant? _____

Which method are you interested in using now? _____

Are you or your partner interested in permanent birth control? Essure Tubal Occlusion Vasectomy Other

Are you taking/using any of the following?

inhaler blood thinners steroid pills herbal supplement medication (name) _____

Are you allergic to any of the following?

latex iodine shellfish aspirin/ibuprofen (NSAIDS) Tylenol (acetaminophen) Other?

What is your approximate current weight? _____ lbs.

Do you smoke? yes no How much per day? _____

Do you use street drugs? yes no Which ones? _____

Have you had any surgery? yes no What type? _____

Please check any of the following conditions you have now or have had in the past:

	Now	Past		Now	Past
Abdominal or pelvic pain			Heart attack/chest pain		
Abnormal pap smear			Heart murmur/problem		
Anemia			High blood pressure		
Asthma/chronic bronchitis			High cholesterol		
Bladder/kidney infection			Leg or lung blood clots		
Blood clot disorder/phlebitis			Liver disease or tumor		
Brain tumor			Pelvic inflammatory disease		
Breast lump			Rheumatic fever		
Cancer			Seizures/epilepsy		
Chronic adrenal failure			Sexually transmitted infection		
Depression			Steroid therapy, long-term		
Diabetes			Stroke, or family history of		
Digestive problems			TB, Tuberculosis		
Easy bleeding disorder			Thyroid problems		
Gallbladder disease			Unusual vaginal discharge		
Genetic disorder			Vaginal infection		
Headache/migraine			Other:		

To the best of my knowledge, this medical history is accurate and complete.

Patient Signature: _____ Date: _____

HCA Signature: _____ Date: _____

MD/Clinician Signature: _____ Date: _____

DOB

Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc.

Chart #

Toll Free 1-866-942-7762

1765 Dobbins Drive
Chapel Hill, NC 27514105 Newsom Street, Suite 101
Durham, NC 277044551 Yadkin Road
Fayetteville, NC 28303**HISTORIAL MEDICO**

Pronombre: _____ Apellido: _____

¿Cómo se informó sobre los servicios de PPCNC? _____

¿Ya tuvo una prueba de embarazo positiva? Sí No Primer día de su última menstruación normal: _____

¿Cuándo fue su último examen que incluyó un Papanicolau y un chequeo de los senos? _____

Si tiene más de 40 años, ¿cuándo fue su último mamografía? _____

¿Tiene alguna preocupación hoy de estar a riesgo por alguna enfermedad transmitida sexualmente? 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 un cambio de pareja(s) sexual(es) en los últimos 6 meses? Sí No

¿Alguien le ha esforzado a tener sexo o contacto sexual? Sí No

¿Alguien le ha lastimado o tiene miedo de que alguien le lastimará? Sí No

¿Cuántas veces ha estado embarazada anteriormente? _____ ¿Alguna complicación? Sí No

¿Cuántos de los siguientes ha tenido?

___ parto vaginal ___ aborto inducido ___ aborto espontáneo ___ cesarea ___ embarazo ectópico

¿Cuándo terminó su último embarazo? _____

¿Cuáles métodos anticonceptivos ha usado en el pasado? condones pastillas parche anillo inyección Depo anticoncepción de emergencia diafragma/capuchón cervical DIU retiro del pene otro: _____

¿Cuáles problemas ha tenido con los métodos anticonceptivos? _____

¿Cuál método usaba cuando se embarazó? _____

¿Cuál método piensa usar ahora? _____

¿Ud. o su pareja tiene interés en un métodos anticonceptivo permanente? Essure Ligación Vasectomía Otro

¿Está tomando alguno de los siguientes?

inhalante diluyentes de sangre esteroides suplementos de yerba medicamento: _____

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?

latex iodine mariscos aspirina ibuprofena (NSAIDS) Tylenol (acetaminophen) otro?

¿Cuánto pesa actualmente (aproximadamente)? _____ libras

¿Fuma? Sí No ¿Cuánto por día? _____

¿Usa drogas de la calle? Sí No ¿Cuáles? _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No ¿Qué tipo? _____

Favor de indicar si tiene o si ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

	Presente	Pasado		Presente	Pasado
Dolor abdominal			Ataque del corazón/dolor del pecho		
Papanicolau anormal			Soplo o otro problema cardíaco		
Anemia			Presión sanguínea alta		
Asma/bronquitis crónico			Colesterol alto		
Infección de vejiga/riñones			Coágulos de piernas/pulmones		
Desorden de coágulos sanguíneos/flebitis			Tumor o enfermedad del hígado		
Tumor cerebral			Enfermedad inflamatorio pélvico		
Bolita en el seno			Fiebre reumática		
Cáncer			Ataque repentino/epilepsia		
Fallo adrenal crónico			Infección de transmisión sexual		
Depresión			Terapia esteroides de largo plazo		
Diabetes			Apoplejía, o historia familiar de		
Problemas digestivos			TB, Tuberculosis		
Desorden de la sangre/hemorragia			Problemas del tiroide		
Enfermedad de la vesicular biliar			Flujo vaginal anormal		
Desorden genético			Infección vaginal anormal		
Dolor de cabeza/migraña			Otro:		

Aseguro que a mi conocimiento este historial médico es completo y verdadero.

Firma de la Paciente: _____ Fecha: _____

HCA Signature: _____ Date: _____

MD/Clinician Signature: _____ Date: _____