

A. (cont'd) (continúa) REVIEW OF SYSTEMS
(EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS)

Y E S	N O	ALLERGY (ALERGIA)
		48. Are you allergic to any drug, medication, latex or other substance, including local anesthesia? (¿Es alérgico/a a cualquier medicamento, medicación, látex u otra sustancia, incluyendo anestésicos locales?) If yes, to what? Type of reaction En caso afirmativo, ¿a qué? Tipo de reacción:)

**IMMUNIZATION (Check the ones you have received)
(VACUNAS (Marque las que recibió))**

49. <input type="checkbox"/> Diphtheria? (¿Difteria?)	54. <input type="checkbox"/> Meningococcal? (¿Meningocócica?)
50. <input type="checkbox"/> Hepatitis A?	55. <input type="checkbox"/> Pneumococcal? (¿Neumocócica?)
51. Hepatitis B <input type="checkbox"/> shot 1? <input type="checkbox"/> shot 2? <input type="checkbox"/> shot 3?	56. <input type="checkbox"/> Tetanus? (¿Antitetánica?)
52. Human Papillomavirus (HPV) (Virus del papiloma humano (VPH)) <input type="checkbox"/> shot 1? <input type="checkbox"/> shot 2? <input type="checkbox"/> shot 3?	57. <input type="checkbox"/> Varicella (chicken pox)? (¿Varicela?)
53. <input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella (MMR)? (¿Sarampión/paperas/ rubéola (SPR)?)	58. Other (Otra)

B. HOSPITALIZATION AND SURGERIES (HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS)

Year (Año)	Reason (Motivo)

C. ACCIDENTS AND INJURIES (ACCIDENTES Y LESIONES)

Year (Año)	Reason (Motivo)

D. FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Are you adopted? (¿Es adoptado/a?) Yes (Si) No (No)

Have your biological family (parents, brothers, sisters) had any of the following? (¿Han tenido sus familiares biológicos (padres, hermanos, hermanas) cualquiera de los siguientes?)

YES	NO	Diagnosis (Diagnóstico)	Relative (Pariente)
		Osteoporosis? (¿Osteoporosis?)	
		Diabetes? (¿Diabetes?)	
		Heart disease / heart attack / stroke before age 50? (¿Enfermedad cardiaca/ ataque cardiaco/ataque apoplético antes de los 50 años?)	
		High blood cholesterol? (¿Alto colesterol?)	
		Genetic problems? (¿Problemas genéticos?)	
		Cancer? (¿Cáncer?) If yes, please specify (En caso afirmativo, por favor especifique)	
		Blood clots? (¿Coágulos sanguíneos?)	
		Other? (¿Otro?)	

**ADDITIONAL COMMENTS / EXPLANATIONS (by number)
(COMENTARIOS/EXPLICACIONES ADICIONALES (por número))**

E. PREGNANCY HISTORY (ANTECEDENTES DE EMBARAZO)

never pregnant (nunca estuve embarazada)

DELIVERED (PARTO)					ABORTION / MISCARRIAGE (ABORTO/ABORTO ESPONTÁNEO)			
Mo. Mes	Yr. Año	Vag. Vag	C-Sec. Ces.	Birth Weight Peso al nacer	Year Año	Weeks Semanas	Spont. Espon.	Induced Inducido

F. CONTRACEPTIVE HISTORY (ANTECEDENTES DE ANTICONCEPCIÓN)

Current birth control method? (¿Método anticonceptivo actual?)

How long used? (¿Cuánto hace que lo usa?)

Any problems with this method? (¿Problemas con este método?)
 Yes (Si) No (No)
If yes, what? (En caso afirmativo, ¿cuál?)

What method do you want to use now? (¿Qué método quiere usar ahora?)

Total number of children desired? (¿Cuántos hijos quiere tener?)

Are you planning a pregnancy in the NEXT year? (¿Planea un embarazo en el próximo año?) Yes (Si) No (No)

If not, what would you do if you become pregnant within the NEXT year? (En caso contrario, ¿qué haría si queda embarazada en el próximo año?)

WHICH OF THE FOLLOWING METHODS HAVE YOU USED IN THE PAST? (¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS HA UTILIZADO EN EL PASADO?)

METHOD (MÉTODO)	COMMENT/PROBLEM (COMENTARIO/ PROBLEMA)
<input type="checkbox"/> Abstinence? (¿Abstinencia?)	
<input type="checkbox"/> Tubal? (¿Ligadura de las trompas?) <input type="checkbox"/> Vasectomy? (¿Vasectomía?) <input type="checkbox"/> Hysterectomy? (¿Histerectomía?)	
<input type="checkbox"/> Birth Control Pill? (¿Píldora anticonceptiva?)	
<input type="checkbox"/> The Patch? (¿El parche?)	
<input type="checkbox"/> The Ring? (¿El anillo?)	
Implant: (Implante:) <input type="checkbox"/> Norplant? (¿Norplant?) <input type="checkbox"/> Implanon? (¿Implanon?)	
<input type="checkbox"/> Depo-Provera (Depo-Provera ¿) (The Shot)? (La inyección?)	
<input type="checkbox"/> IUD? (¿DIU?)	
<input type="checkbox"/> Condoms? (¿Condomes?)	
<input type="checkbox"/> Diaphragm? (¿Diafragma?) <input type="checkbox"/> FemCap? (FemCap?) <input type="checkbox"/> Lea's Shield? (¿Lea's Shield?)	
<input type="checkbox"/> Sponge? (¿Esponja?) <input type="checkbox"/> Spermicide? (¿Espermicida?)	
<input type="checkbox"/> Rhythm? (¿Método del ritmo?) <input type="checkbox"/> NFP (Natural Family Planning)? (¿PFN (Planificación Familiar Natural)?)	
<input type="checkbox"/> Withdrawal? (¿Método del retiro?)	

PATIENT LABEL

