

--

YOUR SEXUAL HISTORY (su historia sexual)

Are you currently sexually active (es usted activa/o sexualmente): No (no) Yes (sí)

Number of new sex partners within the past 3 months (numero de nuevo companeros sexual en los ultimos 3 meses): _____

More than one sexual partner in the last 12 months (mas de una pareja en los ultimos 12 meses): No (no) Yes (sí)

Unknown (no se)

Sites of sexual contact (sitios del contacto sexual): oral vaginal anal

Partners have been (sus parejas han sido): Male (hombres) Female (mujeres) Both (los dos)

Since your last visit have you been exposed to/treated for a sexually transmitted disease (sus parejas han sido tratados por enfermedades transmitidas sexualmente): No (no) Yes (sí)

Have you ever been physically or sexually abused or raped (ha sido alguna vez maltratada/o fisicamente, sexualmente o violada/o): No (no) Yes (sí) Date (fecha): _____ Was it reported (fue reportado): No (no) Yes (sí)

Did you receive counseling (recibio algun tipo de ayuda psicologica): No (no) Yes (sí)

Does your partner have a history of sex with the same gender (sus parejas han tenido relaciones sexuales con personas de el mismo sexo): No (no) Yes (sí) Unknown (no se)

Do you use condoms: No (no) Yes (sí) Sometimes (a veces) Always (siempre)

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS (Please Circle) (por favor responda a todas las preguntas)

<i>IF MALE please answer (hombres: por favor indique)</i>					
1. History of Penile discharge (historia de descargo del pene): Describe:	Y	N	5. Do you examine your testes (examina usted sus testiculos):	Y	N
2. Hernias	Y	N	6. Pain in testes/scrotum (tiene dolor en sus testiculos o escroto):	Y	N
3. Prostate problems (problemas de prostata):	Y	N		9. Sexual dysfunction/impotence (disfuncion sexual o impotencia):	Y
4. Have you ever had a P.S.A. (ha tenido alguna vez P.S.A.):	Y	N	7. Mass/lump in testes/scrotum (masa/bulto de testiculos/escroto):	Y	N
			10. Lesions or bumps (nodulos): How long (por cuánto tiempo):	Y	N

IF FEMALE please answer (mujeres: por favor indique)

CONTRACEPTIVE HISTORY (historia de anticonceptivos)

Method today (metodo usado hoy): _____

Since your last visit have you had sex without contraception (ha tenido relaciones sexual sin proteccion en los ultimos cinco dias): No (no) Yes (sí)

Have you had sex without contraception (including condom accident) in the last 5 days (a tenido relaciones sexual sin protection en los ultimos 5 dias, incluso accidente de condone): No (no) Yes (sí)

Have you stopped using contraception (ha dejado de usar anticonceptivos): No (no) Yes (sí) Why (porque): _____

A. Has there been a change in your menstrual periods (ha tenido algun cambio en sus menstruacion)	Y	N	F. Abnormal uterus (utero anormal) Describe:	Y	N	K. Last mammogram (de su ultima mamografia):	Date (fecha):	
B. Last pelvic exam (de su ultimo examen pelvico):	Date (fecha):		G. History of Vaginal Discharge: (historia de descargo vaginal) Describe:	Y	N	L. Sexual dysfunction (disfuncion sexual) Describe:	Y	N
C. Last PAP (de su ultimo examen Papnicolau):	Date (fecha):		H. Lesions or bumps (nodulos) How long (por cuanto tiempo):	Y	N	M. Intercourse: Do you have pain and/or bleeding (relaciones sexuales: tienes dolor, sangramiento):	Y	N
D. Abnormal PAP (papnicolau anormal): Describe:	Y	N	I. Since your last visit have you had any pregnancies (ha estado embarazada desde la ultima visita) Outcome (resultado):	Y	N	Patient Name: _____ Patient Number: _____ Date of Birth: _____ Date: ____/____/____		
E. Colposcopy/cryo/LEEP/laser/cone (colposcopia/cryo/LEEP/laser/cono): Describe:	Y	N	J. Are you currently breastfeeding (esta ud. dando de lactar a su bebe):	Y	N			

A. REVIEW OF SYSTEMS: (la revisión de sistemas)		
Yes (si)	N O	GENERAL (general)
		1. Is your health generally good? (es su salud generalmente buena)
		2. Unexplained weight loss or gain of more than 10 lbs. in the past year? (la perdida o aumento de peso inexplicados de mas de 10 lbs. En el ano pasado)
		3. Night sweats/hot flashes? (suda/sofocos de calor, en la noche)
		4. Are you being treated for any illness/condition now? (es tratado usted para cualquier enfermedad/ condición ahora) If yes what? (si, sirque)
		5. Physical/Emotional Abuse? (abuso fisico/emocional)
		6. Coercion/Rape/Incest? (incesto/coerción/violada)
		7. Have you been hit, kicked, punched or otherwise hurt by someone in the past year? (hacido golpeada(o), golpeada(o) con una patada, punetazo, o lastimada(o) de otra manera en el ultimo ano)
		8. Do you feel safe in your current relationship? (usted se siente segura en su relacion corriente)
		9. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now? (hay algun companero(a) de una relacion pasada que le hace sienter en peligro hora)
		10. Hearing problems? (problemas de oido)
		11. Frequent nosebleeds? (sangrado frecuente de su nariz)
CARDIO-RESPIRATORY (cardio-respiratorio)		
		12. Heart disease (enfermedad de corazon)?
		13. Varicose veins? (venas varicosas)
		14. Blood clots (head/leg/lungs)? (coagulacion de sangre en las piernas o pulmones)
		15. Stroke or stroke-like problems? (apoplético)
		16. High blood pressure? (presión alta)
		17. High cholesterol? (colesterol alto)
		18. Chronic cough or other breathing problems/ asthma? (tos crónica/problemas respiratorios/asma)
		19. Tuberculosis or exposure to tuberculosis? (TB)
GASTROINTESTINAL (gastrointestinal)		
		20. Stomach or bowel problems? (problemas de estomago o al intestinos)
		21. Liver problems (hepatitis or tumor, etc.)? (problemas del higado, hepatitis, tumores, etc.)
		22. Gallbladder problems? (enfermedad de vesicular)
		23. Rectal Bleeding/pain/itching? (sangrado del ano/dolor/picazón)
GENITOURINARY (genitourinario)		
		24. Bladder, urine leakage or kidney problems (la vejiga, merma de orina o problemas de rinon)
		25. Pain, burning or frequent urination? (dolor al orinar, ardor, frecuencia)

		26. Frequent bedtime urination? (orina mucho a la hora de dormir)
		27. Incontinence? (Incontinencia urinaria)
MUSCULOSKELETAL/Rheumatological (músculo esquelético/RHEUMATOLOGICAL)		
		28. Arthritis? (artritis)
		29. Osteoporosis? (osteoporosis)
		30. SLE (lupus)?
SKIN (piel)		
		31. Breast Lump/Discharge? (quistes en los senos/abscesos, des cargo)
		32. <input type="checkbox"/> Tattoo? <input type="checkbox"/> Piercing? If yes, where? - _____ (tatuaje/perforaciones en el cuerpo)
NEUROLOGICAL (neurálgico)		
		33. Headaches? (dolores de cabeza)
		34. Migraine headaches/Aura (diagnosed by MD/NP/PA)? (Dolores de cabeza de migraña/aura - diagnosticada por MD, NP, PA)
		35. Seizures/epilepsy? (epilepsia/convulsions)
		36. Numbness in arms/legs (recurring)? (el entumecimiento de brazos y piernas (volviendo a ocurrir))
PSYCHOLOGICAL (psicológico)		
		37. Depression requiring treatment? (depresión que requerir tratamiento) Have you ever considered suicide? (considero jamas el suicidio) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No
		38. Other psychological problems? (otros problemas psicologico)
ENDOCRINE (endocrino)		
		39. Thyroid problems? (problemas tiroides)
		40. Diabetes? (diabetes)
HEMATOLOGICAL/LYMPHATIC (hematológico/linfático)		
		41. Anemia (Low Iron)? (anemia)
		42. Sickle cell disease/trait? (anemia falciforme)
		43. Blood clotting disorder? (desorden de coagulacion de sangre)
		44. Transfusion of blood/blood products? (transfusions de sangre o productos de sangre)
IMMUNOLOGIC (inmunológico)		
		45. HIV/AIDS? (VIH (HIV)/AIDS)
		46. Cancer? (cáncer)
IMMUNIZATION (Check the ones you have received) (immunización [(verifica los usted ha recibido)])		
		47. <input type="checkbox"/> Hepatitis A? (Hepatitis A)
		48. Hepatitis B (Hepatitis B) <input type="checkbox"/> shot 1? (vacuna 1) <input type="checkbox"/> shot 2? (vacuna 2) <input type="checkbox"/> shot 3? (vacuna 3)
		49. Human Papillomavirus (HPV) (VPH) (papillomavirus humano [VPH]) <input type="checkbox"/> shot 1? (vacuna 1) <input type="checkbox"/> shot 2? (vacuna 2) <input type="checkbox"/> shot 3? (vacuna 3)

50. <input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella (MMR)? (sarampión/paperas/rubéola)			
B. HOSPITALIZATION AND SURGERIES (hospitalisaciones cirugias)			
Year (fecha)		Reason (rezones)	
C. ACCIDENTS AND INJURIES (accidentes/heridas)			
Year (fecha)		Reason (rezones)	
D. FAMILY HISTORY (historia de familia)			
Are you adopted? (es usted adoptada/o) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No			
Have your biological family (parents, brothers, sisters) had any of the following? (par favor indique si alguno de sus padres, hermanos, hermanas, o hijos, han tenido lo siguiente)			
Yes (si)	N O	Diagnosis (diagnóstico)	Relative (miembros de familia)
		Osteoporosis? (osteoporosis)	
		Diabetes? (diabetes)	
		Heart disease/heart attack/stroke before age 50? (ataque al Corazon/apoplectico/antes de la edad de 50)	
		High blood cholesterol? (colesterol alto)	
		Genetic problems? (defectos geneticos)	
		Cancer? (cáncer) If yes, please specify (que tipo) _____	
		Blood clots? (coagulacion de sangre)	
		Other? (otro)	
If you were born before 1972, did your mother take DES (si ud. Nacio antes de 1972, su madre tomo hormonas) NO YES (si) UNKNOWN (no se) Allergies to: Medications, LATEX, Environment, Food, Other? (alergias medicaciones, látex, comida, el ambiente, otro) Medications: Including Prescription, over-the-counter, herbals and vitamins (medicaciones incluyendo prescripciones fuera de rectas, vitaminas, medicias natural):			
Current (corriente):		Past 12 Months (los ultimos doc emeses):	

Signature of Patient: _____
Date: ____/____/____
Patient Name: _____
Patient Number: _____
Date of Birth: _____

To the best of my knowledge, the above information is complete and accurate (por mi mejor conocimiento, esta informacion es precisa y completa).

Signature of Patient (firma del paciente): _____

Interpreter: _____

Signature: _____

Printed Name: _____

Date: ____/____/____

Patient Name: _____

Patient Number: _____

Date of Birth: _____