

Do you exercise (hace ud. ejercicio): No (no) Yes (sí) Times/week (que frecuencia): _____
Minutes/day (minutos al dia): _____

Do you wear: A seat belt in the car (usted usa: un cinturón de seguridad en el coche) No (no) Yes (sí)
Helmet on a bike, skateboard or skates (casco cuando monta bicicleta, patina o usa monopatín): No (no) Yes (sí)

Are there any personal or religious preferences that might affect your health care (for example, no blood products) (tiene Creencias personales o religiosas que puedan afectar su salud [por ejemplo que no le permitan utilizar productos de sangre]):
 No (no) Yes (sí) Describe:

HAVE YOU EVER USED IV DRUGS (usado drogas intravenoso alguna vez): No (no) Yes (sí)
Have you ever had sex with an intravenous drug user (ha tenido relaciones sexual con alguien que usa drogas intravenoso):
 No (no) Yes (sí) Unknown (no se)

YOUR SEXUAL HISTORY (su historia sexual)

Are you currently sexually active (es usted activa/o sexualmente): No (no) Yes (sí)
Age at first intercourse (edad de su primera relacion sexual): _____
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)
Has your partner had more than one sexual partner in the last 12 months (su pareja ha tenido mas de una pareja sexual en los ultimas 12 meses): No (no) Yes (sí) Unknown (no se)

Partners have been (sus parejas han sido): Male (hombres) Female (mujeres) Both (los dos)
Sites of sexual contact (sitios del contacto sexual): oral (oral) vaginal (vaginal) anal (anal)
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)

Have any of your partners ever been treated for a sexually transmitted disease (sus parejas han sido tratadas por enfermedades transmitidas sexualmente): No (no) Yes (sí) Unknown (no se)

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)

STD HISTORY (historia de enfermedades venereas [STD])

Have you ever had (ha tenido alguna vez)

	DATE (fecha):	TREATED (tratado/o):		DATE (fecha):	TREATED (tratado/o):
HPV/Warts (HPV/VPH):	_____	_____	Gonorrhea (gonorrea):	_____	_____
Scabies (sarna):	_____	_____	Chlamydia (clamidia):	_____	_____
PID (PID/EPI):	_____	_____	Molloscum:	_____	_____
Trich (tricomoniasis):	_____	_____	Vaginal infections (infeccion vaginal):	_____	_____
Herpes:	_____	_____	Syphilis (sifilis):	_____	_____

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

Patient Name: _____

Date: ____/____/____

Patient Number: _____

Date of Birth: _____

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

IF MALE please answer (hombres: por favor indique)

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	8. Premature ejaculation (eyaculacion precoz):	Y N
2. Hernias	Y N	6. Pain in testes/scrotum (tiene dolor en sus testiculos o escroto):	Y N	9. Sexual dysfunction/impotence (disfuncion sexual o impotencia):	Y N
3. Prostate problems (problemas de prostata):	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
4. Have you ever had a P.S.A. (ha tenido alguna vez P.S.A.):	Y N				

IF FEMALE please answer (mujeres: por favor indique)

CONTRACEPTIVE HISTORY (historia de anticonceptivos)

Method today (metodo usado hoy): _____ **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)

Prior methods (metodos usados anteriormente):

DATE (fecha):

REASON STOPPED (razones por las que paro):

- Pills** (pildora): _____
- Patch** (parche): _____
- Nuvaring** (anillo): _____
- IUC** (dispositivo intrauterino): _____
- Injections** (inyección): _____
- Monthly** (mensual): _____
- Every 3 months** (cada 3 meses): _____
- Implants** (implantes): _____
- Condoms** (condoms): _____
- Diaphragms/cap** (diafragma/Femcap): _____
- Natural Family Planning** (planificación familiar natural) _____

A. Menstrual history: Age of Onset (historia menstrual edad de primera menstruacion):	Age (edad):	H. Abnormal uterus (utero anormal) Describe:	Y N	O. Any problems in past pregnancies (tuvo algun problema con sus embarazos pasados) Describe:	Y N
B. Are periods regular (Son sus periodos regulares): Heavy/moderate/light (pesado/mediano/liviano):	Y N H M L (p) (m) (L)	I. History of Vaginal Discharge: (historia de descargo vaginal) Describe:	Y N	P. Are you currently breastfeeding (esta ud. dando de lactar a su bebe):	Y N
C. Periods are every (sus reglas son cada): _____ days and last (dias y duran): _____ days (dias).		J. Lesions or bumps (nodulos) How long (por cuanto tiempo):	Y N	Q. Last mammogram (de su ultima mamografia):	Date (fecha)
D. Last pelvic exam (de su ultimo examen pelvico):	Date (fecha):	K. Have you ever tried to get pregnant and couldn't (ha tratado alguna vez de quedar embarazada y no ha podido):	Y N	R. Sexual dysfunction (disfuncion sexual) Describe:	Y N
E. Last PAP (de su ultimo examen Papnicolau):	Date (fecha):	L. Do you desire pregnancy in the future (WHEN) (tiene planes en quedar embarazada en un futuro [cuando]):	Y N	S. Intercourse: Do you have pain and/or bleeding (relaciones sexuales: tienes dolor, sangramiento):	Y N
F. Abnormal PAP (papnicolau anormal): Describe:	Y N	M. Total number of pregnancies (numero total de embarazo):	#:	Patient Name: _____ Patient Number: _____	
G. Prior colposcopy/cryo/LEEP/laser/cone (colposcopia/ cryo/LEEP/laser/cono): Describe:	Y N	N. Date last pregnancy ended, regardless of outcome (fecha de su ultimo embarazo, no importa en que termino):	Date (fecha):	Date of Birth: _____ Date: ____/____/____	

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/ condicion 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 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, tumors, 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? (arthritis)
		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 (endocrine)		
		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 (accidents/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/ apoplejico/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: _____