

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____ Paciente Núm.: _____

PPII le ofrece servicios a muchas mujeres de diversas características. Intentamos que este formulario sea lo más completo posible. Entendemos que algunas de las preguntas no aplican en el caso de las circunstancias particulares de cada mujer. Toda la información que usted nos da se mantiene confidencial.

ANTICONCEPTIVOS: Por favor indique todos los métodos anticonceptivos que usted ha usado: La píldora Inyección Depo
 Parche Anillo Nuva DIU-Dispositivo intrauterino/SIU-Sistema intrauterino Condomes Esterilización
 Diafragma Eyacular por fuera de la vagina Lunelle Esponja Conocimiento de la fertilidad Implanon
 Norplant Otro método _____

<p>Menstruación</p> <p>Edad a la que comenzó usted su menstruación: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia tiene usted su menstruación? _____</p> <p>¿Cuántos días le dura la menstruación? _____</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Su última menstruación fue normal?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Le dan cólicos fuertes?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Le faltó su menstruación algún mes?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Sangró entre una menstruación y la siguiente?</p> <p>Por favor describa cualquier problema que haya tenido en cuanto a su menstruación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Le ha resultado anormal su prueba Papanicolaou alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál fue la fecha de su última prueba Papanicolaou?</p> <p>____ / ____ / ____</p>	<p>Embarazos <input type="checkbox"/> Nunca he estado embarazada (No llene esta sección)</p> <p>Edad del primer embarazo : _____</p> <p>Número de embarazos en total: _____</p> <p>Hijos vivos: _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Dates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abortos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abortos espontáneos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Partos de fetos muertos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Partos por cesárea</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Embarazos ectópicos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nacimientos de niños vivos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Anormalidades genéticas</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Condición: _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Diabetes gestacional? _____</p> <p>¿Le está dando usted pecho a su niño actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		Dates	Abortos	_____	Abortos espontáneos	_____	Partos de fetos muertos	_____	Partos por cesárea	_____	Embarazos ectópicos	_____	Nacimientos de niños vivos	_____	Anormalidades genéticas	_____	Condición: _____	
	Dates																		
Abortos	_____																		
Abortos espontáneos	_____																		
Partos de fetos muertos	_____																		
Partos por cesárea	_____																		
Embarazos ectópicos	_____																		
Nacimientos de niños vivos	_____																		
Anormalidades genéticas	_____																		
Condición: _____																			

Alergias

(Por favor haga una lista de todas sus alergias que incluya alergia a cualquier medicamento, metal, alergia de la piel o sustancias que le irritan la piel)

_____ No tengo alergias

Antecedentes familiares

Soy hija adoptiva (no llene esta sección si desconoce los antecedentes médicos de su familia biológica)

¿Hay algún miembro de su familia inmediata que haya tenido alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones?

Si respondió que sí, indique quién: padre, madre, hermano o hermana.

Diabetes _____ Problemas de salud mental _____
 Colesterol elevado _____ Derrame cerebral _____
 Ataque cardiaco/cirugía cardiaca _____ Presión arterial alta _____
 Cáncer del seno/útero/cerviz/de los ovarios _____

¿La madre suya tomó hormonas (DES o "dietilestilbestrol") cuando estaba embarazada con usted? Sí No No sé

Historial médico anterior

¿Le han hecho a usted alguna cirugía o la han internado en algún hospital? Sí No Por qué motivo y en qué fechas:

¿Está usted actualmente, o ha estado en el pasado, bajo tratamiento médico por una enfermedad o condición seria? Sí No
 Por qué y en qué fechas: _____

Haga una lista de cualquier medicamento o droga que usted esté tomando actualmente, o que toma con frecuencia, incluyendo los medicamentos que no requieran de receta, medicamentos herbales y vitaminas:

¿Recibe usted atención médica en algún otro sitio? Sí No ¿Dónde? _____

Historial Sexual

¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? _____

Indique el género de su(s) compañero(s) o compañera(s) hombre mujer hombres y mujeres

¿Cuánto tiempo tiene usted en la relación con su/s compañero/a/s actual/es? _____

¿Con cuántas personas está usted teniendo relaciones sexuales actualmente? _____ ¿y en total en su vida?: _____

Indique qué tipo de sexo tiene usted: Vaginal Oral Anal Caricias íntimas Otro tipo de sexo _____

¿Tiene usted cualquier tipo de preocupación o problema en relación al abuso, la violencia o algún tipo de ataque o agresión que usted quisiera comentar? Sí No

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____ Paciente Núm.: _____

Historial médico personal

Indique si usted tiene o si alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones (por favor marque cada una de las condiciones que correspondan)

1. En general

- Sí No
- En términos generales, gozo de buena salud
- He aumentado o perdido peso recientemente sin ninguna explicación
- Cáncer
- Condición genética

2. Vacunas

- Sí No
- Rubéola (sarampión alemán)
- Inyección contra el tétano
- Vacuna VPH
- Hepatitis B

3. Sistema cardiovascular

- Sí No
- Enfermedad cardíaca/soplo cardíaco
- Colesterol elevado
- Alta Presion

4. Sistema neurológico

- Sí No
- Derrame cerebral
- Migraña
- Convulsiones/epilepsia

5. Sistema gastrointestinal

- Sí No
- Problemas estomacales/intestinales
- Enfermedad del hígado o ictericia (piel, ojos y boca de color amarillo)
- Hepatitis
- Enfermedad de la vesícula

6. Sistema endocrinológico

- Sí No
- Diabetes
- Problemas con la tiroides

7. Vías respiratorias / Senos

- Sí No
- Asma
- Problemas con los senos: secreción, masa, bulto o bolita enfermedad, tumor, cirugía

8. Sistema genitourinario

- Sí No
- Infecciones de la vejiga frecuentes
- Resultados anormales en la prueba Papanicolaou
- Infección pélvica /EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica)
- Infección de transmisión sexual: chlamydia, gonorrea, herpes, sífilis, verrugas genitales, otro tipo de infección de transmisión sexual

9. Sistema hematológico

- Sí No
- VIH
- Anemia
- Trastornos de coagulación sanguínea
- Transfusión de sangre
- Rasgo genético o anemia de células falciformes
- Le dieron Rhogam en un embarazo anterior

10. Piel

- Sí No
- Acné severo
- Se pone al sol o se broncea

11. Historial psicológico

- Sí No
- Depresión
- Ansiedad
- Asiste a consejería o terapia

12. Historial social

- Sí No
- Bebidas alcohólicas Número de bebidas por semana _____
- Fuma Cajetillas por semana _____ ¿Por cuántos años? _____
- Consumo de drogas ¿Qué tipo? _____
- Ver a un terapeuta

RESPONDA A LO SIGUIENTE SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

- Sí No
- ¿Los padres o tutores legales suyos saben que ha venido a esta consulta a Planned Parenthood?
- ¿Si no lo saben, comentó usted sus planes de venir al centro de salud con cualquier otro adulto mayor de edad? ¿Con quién? _____
- ¿Quisiera tener información acerca de cómo hablar con los padres suyos acerca de temas sexuales?
- ¿Se encuentra en una relación en la que alguien la esté obligando a tener relaciones sexuales?

EN LA MEDIDA DE MIS CONOCIMIENTOS, TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA

Firma del paciente _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____

Firma del personal médico: _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____
 _____ Fecha _____