

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Razón para su visita \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE CONTRACEPTIVOS**

Marque todos los métodos contraceptivos que ha usado:

- Pastillas    Dispositivo    Condones    Esterilización    Diafragma    Esponja    Supositorio/pomada    Parche  
 Anillo    Depo    Planificación familiar natural    Retirada    Noroplant    Otro \_\_\_\_\_

Sí No

- ¿Usted o su pareja está utilizando un método contraceptivo?  
  ¿Qué método utilizan? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo llevan utilizando este método? \_\_\_\_\_  
  ¿Ha tenido problemas con éste u otro método contraceptivo? Describa: \_\_\_\_\_  
  ¿Está planificando un embarazo este año?  
  ¿Quiere un método contraceptivo hoy? ¿Cuál método quiere? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SU MENSTRUACIÓN**

- ¿A qué edad tuvo su primera regla? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuán frecuente le llegan sus reglas? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos días le duran? \_\_\_\_\_

Sí No

- ¿Su última regla fue normal?  
  ¿Ha tenido relaciones sexuales desde su última regla?  
  ¿Cree que puede estar embarazada ahora?  
  ¿Dolores severos?  
  ¿Falta de regla?  
  ¿Sangrado entre reglas?

Por favor describa cualquier problema que esta teniendo con su regla AHORA:

**HISTORIAL DE SUS EMBARAZOS**

- Nunca ha estado embarazada (omite esta sección)  
 Edad a su primer embarazo: \_\_\_\_\_ Total de embarazos: \_\_\_\_\_  
 Abortos de primer semestre: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
 Abortos de segundo semestre: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
 Malpartos \_\_\_\_\_  
 Nacimientos muertos \_\_\_\_\_  
 Cesáreas \_\_\_\_\_  
 Embarazos en los tubos \_\_\_\_\_  
 Nacimientos prematuros \_\_\_\_\_  
 Nacimientos vivos \_\_\_\_\_  
 Niños vivos \_\_\_\_\_  
 Anormalidades genéticas \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 Diabetes durante su embarazo \_\_\_\_\_  
 ¿Está amamantando?    Sí    No  
 ¿Ha dado un niño en adopción?    Sí    No  
 ¿Ha adoptado a un niño?    Sí    No

**HISTORIAL SEXUAL**

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a determinar su riesgo para el cáncer cervical y las infecciones transmitidas sexualmente.

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

Sí No

- ¿Está teniendo relaciones sexuales ahora? Marque todas las que apliquen:    Vaginal    Anal    Oral    Otra  
  ¿Usted o su pareja sexual ha tenido más de una pareja sexual en el último año?  
 Sus parejas sexuales son:    Hombres    Mujeres    Ambos  
  ¿Toma precauciones contra las infecciones transmitidas sexualmente? Describa: \_\_\_\_\_  
  ¿Cree que una de sus parejas sexuales la ha puesto a riesgo de contraer una infección transmitida sexualmente o el VIH?  
  ¿Está en una relación en dónde la están forzando a tener relaciones sexuales?  
  ¿Tiene alguna pregunta o preocupación sobre el sexo que le gustaría discutir durante su visita?  
 Explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL/ RIESGOS DE SU SALUD**

Sí No

- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_  
  ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Cuánto/Cuán frecuentemente? \_\_\_\_\_  
  ¿Usted o su pareja sexual usa drogas callejeras o por jeringa?  
  ¿Alguna vez ha conseguido o le gustaría conseguir ayuda con un problema de droga o bebida alcohólica?  
  ¿Le gustaría discutir un problema relacionado con una violación o abuso emocional/físico/emocional?  
  ¿Está o ha estado alguna vez en una relación donde la están hiriendo o amenazando físicamente?  
  ¿Se siente segura en su hogar?  
  ¿Usa cinturones de seguridad?  
  ¿Hace ejercicio? Actividad: \_\_\_\_\_  
  ¿Le preocupa su peso? ¿Forma de comer? ¿Trastorno de comer?  
  ¿Está expuesta a riesgos en su trabajo?

Por favor, haga una lista de sus **ALERGIAS**. Incluya alergias a medicinas, metales, látex, irritantes, comidas o alergias de la piel.

**HISTORIAL FAMILIAR**  Si es **ADOPTADA**, marque y pase a la próxima sección.

¿Algún miembro de su familia inmediata (padre, madre, hermano o hermana) ha tenido los siguientes?

- No está vivo ( \_\_\_\_\_ )  Cáncer del seno, ovarios o útero ( \_\_\_\_\_ )  
 Ataque del corazón/enfermedad del corazón/cirugía  Otro cáncer  
 Alto nivel del colesterol/presión alta  Diabetes (¿Depende de insulina?  Sí  No)

Mujeres nacidas entre 1940 y 1972 - ¿Su madre tomó DES (hormonas) durante su embarazo con usted?  Sí  No

**HISTORIAL DE SU PASADO MÉDICO**

¿Alguna vez ha tenido cirugía o ha sido paciente en un hospital?  Sí  No

Describe: \_\_\_\_\_

¿Está o ha estado bajo el cuidado de un médico por una enfermedad o condición seria?  Sí  No

Describe: \_\_\_\_\_

Haga una lista de todas las medicinas y/o drogas que está tomando o toma frecuentemente. Incluya medicamentos sin recetas, herbales y vitaminas: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro lugar que le provee cuidado médico?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**REPASO DE SISTEMAS** ¿Ha tenido o tiene los siguientes? (Marque todas las opciones que apliquen):

**1. General**

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Estoy bien de la salud        |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Aumento/bajo de peso reciente |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Gripe, catarros frecuentes    |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cansancio crónico (>6 meses)  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cáncer                        |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Condición genética            |

**2. Vacunas**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rubéola                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vacuna de la rubéola/MMR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vacuna del tétano        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis                |

**3. Cardiovascular**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad/soplo cardiaco                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alto colesterol sanguíneo/triglicérido                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Presión alta  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tromboflebitis/coágulos de sangre en las venas o pulmones |

**4. Neurológico**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Apoplejis  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Migrañas (diagnosticadas por Dr.)                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultades sensoriales (adormecimiento, audición, gusto, olfato) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia   |

**5. Gastrointestinal**

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Problema del estómago/intestinos |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/ictericia  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                        |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula        |

**6. Endocrinológico**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes con embarazo   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Quistes múltiples en los ovarios |

**7. Respiratorio**

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Asma                       |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Tos crónica                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Otro problema respiratorio |

**8. Genitourinario**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado/flujo vaginal anormal  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de la orina, riñones, o vejiga  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anormalidad del útero   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor/infección pélvica/enfermedad de inflamación pélvica   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente: clamidia/gonorrea/herpes/ sífilis/verrugas genitales/VIH/Otro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problema de los senos: flujo/enfermedad/tumores/cirugía   |

**9. Hematológico**

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Anemia                               |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Desorden de coagulación sanguínea    |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica/rasgo/talasemia |

**10. La piel**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acné                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Comezón/sarpullido crónico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro problema de la piel   |

**11. Músculo-esqueléticos**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Huesos rotos/fracturados |

**12. Los Ojos**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de ojos (menos lentes) |
|--------------------------|--------------------------|---|

**13. Oídos, nariz, garganta, boca**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas con la audición        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz frecuente   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas con los dientes/encías |

**14. Sociología**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresión                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cambios severos en su estado de ánimo   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bajo cuidado de un psiquiatra/psicólogo |

**A MI MEJOR ENTENDER, ESTA INFORMACIÓN ESTÁ COMPLETA Y ES CORRECTA**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Clinician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Annual Review #1**

- No Change  Change (see exam visit form)

Clinician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Annual Review #1**

- No Change  Change (see exam visit form)

Clinician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_