

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS (HOPE)

Fecha: _____	
Edad _____	Affix patient label here
¿Cuándo comenzó su última menstruación? _____	
¿Fue normal para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuando no está tomando anticonceptivos, ¿alguna vez se le ha interrumpido el período durante varios meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del último embarazo: _____ <input type="checkbox"/> N/D	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene sangrado inusual o flujo vaginal?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido sexo sin protección desde su última menstruación?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Piensa que puede estar embarazada?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está dando de mamar actualmente?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa tabaco? <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Mascar. Si la respuesta es sí, ¿cuántos por día?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es alérgica a algún medicamento o fármaco, o al látex?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está tomando algún medicamento (incluyendo vitaminas), hierbas botánicas o fármacos? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta planeando una cirugía importante que requerirá reposo prolongado en la cama?
¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	coágulos sanguíneos o trastorno de coagulación — si la respuesta es sí, ¿está tomando medicamentos en este momento?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	problemas graves de las válvulas cardíacas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	cáncer del seno o bultos en el seno
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	otro tipo de cáncer — si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	diabetes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	convulsiones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	colesterol alto
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	problemas de vesícula (además de si le quitaron la vesícula)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	depresión aguda a largo plazo

 **Planned Parenthood**
of Nassau County, Inc.

540 Fulton Ave. Hempstead, NY 11550
110 School Street, Glen Cove, NY 11542
35 Carmans Road, Massapequa, NY 11758
(516) 750-2500

Brief Contraceptive Hx Form Sample
III-A-4 Spanish
Revised June 2009

Name: _____ Client #: _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza con migraña — Si la respuesta es sí, ¿alguna vez tiene distorsiones visuales que <input type="checkbox"/> comienzan antes del dolor de cabeza <input type="checkbox"/> duran hasta una hora <input type="checkbox"/> terminan antes de que comience el dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	problemas del hígado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	lupus (lupus eritematoso sistémico)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	problemas óseos — fracturas debido a fragilidad u osteoporosis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	trastornos alimenticios
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	problemas con los músculos vaginales o estreñimiento
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía bariátrica (de la obesidad). Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	enfermedad grave — Si la respuesta es sí, ¿cuál?
Antecedentes familiares	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su padre o algún hermano ha tenido un ataque cardíaco o derrame cerebral antes de cumplir 55 años?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su madre o alguna hermana ha tenido un ataque cardíaco o derrame cerebral antes de cumplir 65 años?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Algún miembro o miembros de su familia ha(n) tenido un coágulo sanguíneo grave o un trastorno de coagulación?
Antecedentes de los anticonceptivos hormonales	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha utilizado previamente anticonceptivos hormonales? Si la respuesta es sí, encierre en un círculo qué método: Píldoras/PSP Parche Anillo DMPA Norplant/Implanon Si utilizó píldoras, ¿qué píldoras? _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo algún problema con ellas? Si la respuesta es sí, descríballo: _____
Preguntas de salud generales	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su último examen anual fue normal (de senos, pélvico)? <input type="checkbox"/> N/D
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Su última mamografía fue normal <input type="checkbox"/> N/D
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicolau?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene relaciones sexuales actualmente? Si la respuesta es sí , encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan: Sexo vaginal Sexo anal Sexo oral Relación nueva Relación a largo plazo Parejas múltiples ¿Usa condones? <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca

Firma de la cliente: _____ Fecha: _____

Planned Parenthood
of Nassau County, Inc.

540 Fulton Ave. Hempstead, NY 11550
110 School Street, Glen Cove, NY 11542
35 Carmans Road, Massapequa, NY 11758
(516) 750-2500

Brief Contraceptive Hx Form Sample
III-A-4 Spanish
Revised June 2009

Name: _____ Client #: _____	
O: <input type="checkbox"/> B/P _____ <input type="checkbox"/> HT _____ <input type="checkbox"/> WT _____ (as indicated)	
Pregnancy test (as indicated) <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg Type _____ Other _____	
Client Information for Informed Consent/Client Instruction	
<input type="checkbox"/> COC CIIC/CI <input type="checkbox"/> Ring CIIC/CI <input type="checkbox"/> Patch CIIC/CI <input type="checkbox"/> DMPA CIIC/CI	<input type="checkbox"/> FDA insert
<input type="checkbox"/> POP CIIC/CI <input type="checkbox"/> Implanon CIIC/CI <input type="checkbox"/> Special Conditions CIIC <input type="checkbox"/> EC CIIC/CI	
<input type="checkbox"/> all-methods brochure	<input type="checkbox"/> encouraged parental involvement
<input type="checkbox"/> STI/condom information	<input type="checkbox"/> encouraged smoking cessation
<input type="checkbox"/> folic acid/multivitamin	<input type="checkbox"/> encouraged Pap or Pap follow-up
	<input type="checkbox"/> encouraged well-woman visit
	<input type="checkbox"/> encouraged STI screening

Staff Signature: _____ Date: _____

A:	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Any contraindications to progestin-only contraception?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Any contraindications to combined hormonal contraception?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Any special conditions? If yes, what? _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Needs referral for further medical evaluation _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appropriate candidate to begin hormonal contraception
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appropriate candidate for immediate use of ECP
	Other _____
P:	
<input type="checkbox"/> History/Chart Reviewed	Lab work: <input type="checkbox"/> none indicated <input type="checkbox"/> mammogram
	<input type="checkbox"/> other _____
Further medical evaluation: <input type="checkbox"/> none indicated <input type="checkbox"/> referred for physical exam	
<input type="checkbox"/> referred for Pap <input type="checkbox"/> other _____	
Rxs	<input type="checkbox"/> Pill _____ sig (1) PO QD Refill x _____
	<input type="checkbox"/> DMPA 150 mg IM Q 12-13 w; Refill x _____ <input type="checkbox"/> Injection given: DMPA 150 mg IM
	Lot# _____ Staff Initials _____
	<input type="checkbox"/> DMPA 104 mg SQ Q 12-13 w; Refill x _____ <input type="checkbox"/> Injection given: DMPA 104 mg SQ
	Lot# _____ Staff Initials _____
	<input type="checkbox"/> Ortho Evra Patch #3: sig: 1 patch dermally Q week x3; Refill x _____
	<input type="checkbox"/> NuvaRing #1: sig: Insert ring vaginally x3 weeks; Refill x _____
	<input type="checkbox"/> Plan B #2 Tabs <input type="checkbox"/> (2) tabs PO now <input type="checkbox"/> Prophylactic PRN w/in 120 hrs unprotected
	IC Refill x _____ <input type="checkbox"/> COCs for EC _____ <input type="checkbox"/> POPs for EC _____
Return to health center <input type="checkbox"/> PRN and annually <input type="checkbox"/> Other _____	

Licensed Qualified Health Care Provider

Date

 **Planned Parenthood**
of Nassau County, Inc.

540 Fulton Ave. Hempstead, NY 11550
110 School Street, Glen Cove, NY 11542
35 Carmans Road, Massapequa, NY 11758
(516) 750-2500

Brief Contraceptive Hx Form Sample
III-A-4 Spanish
Revised June 2009

This page has been left blank intentionally.