

Patient Label
---------------

**CONTRACEPTIVE HISTORY FORM (HOPE)**

When did your last period start? _____ Was it normal for you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
When not on birth control, have you ever gone months without getting a period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Date of last pregnancy _____ <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have any abnormal bleeding or vaginal discharge?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you breastfeeding now?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you use tobacco? <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Chewing. If yes, how much a day?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you an IV drug user? Do you use any drugs? _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you had unprotected sex since your last period?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you think you might be pregnant?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you planning a pregnancy in the next year?
	Are your partners? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you having intercourse? <b>If yes</b> , circle all that apply: Oral sex                      Vaginal sex                      Anal sex
	Do you use condoms? <input type="checkbox"/> always <input type="checkbox"/> sometimes <input type="checkbox"/> never
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you ever had an STI? If Yes : _____
	Number of partners in the last 3 months? _____ New relationship    Long-term relationship    Multiple partners
	Number of partners in the last 12 months? _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you think your partner is at risk for an STI?
<b>Have you had any of the following?</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stroke
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Blood clot or blood clotting disorder / If yes, are you taking medicine now?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Heart attack or other heart disease
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Serious heart-valve problems
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatic disease
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Breast cancer or lumps in your breast
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other cancer — If yes, what kind?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Meningioma
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Endocrine conditions
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seizures
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	High blood pressure
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	High cholesterol
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Severe long-term depression
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gall bladder disease (not including having your gall bladder removed)

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migraine headaches — If yes, do you ever have vision changes that <input type="checkbox"/> start before the headache <input type="checkbox"/> last up to one hour <input type="checkbox"/> go away before the headache begins	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Liver problems	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lupus (Systemic Lupus Erythematosus)	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bone problems — fragility fractures or osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eating disorder	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problems with vaginal muscles or severe constipation	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bariatric (weight loss) surgery? If yes, what kind?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you planning major surgery that will require long term bed rest?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other serious illness — If yes, what?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If 40 or over, pt has had breast exam or mammogram in the past 12 months	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Reproductive tract infections and disorders	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	HIV+ or AIDS	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gastrointestinal conditions	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Anemia	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Organ transplant	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Musculoskeletal disorders	
<b>Past experience with birth control</b>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Current method of birth control _____	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Desired method of birth control _____	
<b>General Health questions</b>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Last routine breast and pelvic exams were normal? <input type="checkbox"/> N/A If not normal, please explain:	<b>When?</b>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Last mammogram was normal <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you allergic to any drugs, medications, or latex?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you taking any medications (including vitamins), herbs, or drugs? If yes, which ones?	
<b>Family History</b>		
Mother	Age _____ Any health concerns _____	
Father	Age _____ Any health concerns _____	
Siblings	# brothers _____ Any health concerns _____	
	# sisters _____ Any health concerns _____	

\_\_\_\_\_  
Client Signature \_\_\_\_\_  
Date

**HISTORIA ANTICONCEPTIVA (HOPE)**

¿Cuándo comenzó su último período? _____ ¿es normal para usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo no está usando anticonceptivos, han pasado meses sin tener su período? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de su ultimo embarazo _____ <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted un periodo anormal o flujo vaginal anormal?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted está amamantando ahora?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted usa tabaco? <input type="checkbox"/> Mastica <input type="checkbox"/> Fuma Si si, Cuanto _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usa drogas intravenosas? ¿Usa otro tipo de drogas? _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido sexo sin protección desde el su último período?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cree que pueda estar embarazada?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está usted planeando un embarazo en el próximo año?
¿Sus parejas son? <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está teniendo relaciones sexuales? Si sí, circule todo lo que aplique: Sexo oral                  Sexo vaginal                  Sexo anal
¿Está usando condones? <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una enfermedad por contacto sexual? Si si, cual _____
¿Número de parejas en los últimos 3 meses _____ Nueva relación      Relación larga      Parejas múltiples	
¿Número parejas en los últimos 12 meses? _____	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cree usted que su pareja está en riesgo de tener una ETS?
<b>¿Padece usted o ha tenido una diagnosis de alguno de los siguientes?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coagulo de sangre o desorden de coagulación de sangre. Si sí, ¿Está tomando medicina ahora? _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón u otra enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas serios con las válvulas del corazón
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Reumáticas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer del seno o bultos en los senos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro cáncer – Si si, ¿qué tipo de cáncer?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Meningioma (crecimientos o tumores en la espina dorsal)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condiciones endocrinales
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión alta
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alto nivel de colesterol
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresión severa por largo tiempo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vesicular (no incluyendo que hayan removido la vesícula)

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas — Si si, tiene cambios en la visión: <input type="checkbox"/> antes del dolor de cabeza <input type="checkbox"/> que duren hasta por una hora <input type="checkbox"/> se van antes de que comience el dolor de cabeza	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del hígado	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lupus	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema en los huesos — fragilidad, fracturas u osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desordenes alimenticios	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas con los músculos vaginales o estreñimiento severo	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugía para la pérdida de peso. Si si, ¿qué tipo?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está planeando cirugía mayor que lo mantendrá en cama por largo tiempo?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Otra enfermedad seria? Si si, cual _____	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es mayor de 40 años, ha tenido una mamografía en los últimos 12 meses.	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas o enfermedades de los órganos reproductivos	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH+ o SIDA	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condiciones gastrointestinales	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trasplante de órgano	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desordenes musculares o del esqueleto	
<b>Experiencia anterior con métodos anticonceptivos.</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anticonceptivos que está usando ahora _____	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Método que desea comenzar _____	
<b>Preguntas generales de su salud.</b>		
		<b>Quando</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En su último examen rutinario pélvico y de los senos todo estaba normal? <input type="checkbox"/> N/A Si no todo estaba normal, por favor explique:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su última mamografía salió normal? <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es alérgica a algún medicamento, droga, o látex?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está usted tomando algún medicamento (incluyendo vitaminas) homeopático o drogas? Si si, cual _____	
<b>Historia Familiar</b>		
Madre	Edad _____ Problemas de salud _____	
Padre	Edad _____ Problemas de salud _____	
Hermanos	# hermanos _____ Problemas de salud _____	
	# hermanas _____ Problemas de salud _____	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha