Planned Parenthood®
of Nassau County, Inc.

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Hoy _____

Dirección _____ Número de Teléfono_____
¿Podemos decir Planned Parenthood? Si o No

Visita Médica

Primer día de su última menstruación _____ ¿Fue normal su última menstruación? □ Si □ No
Alergias: □ No □ Medicamentos _____ ¿Látex? □ Si □ No
¿Está tomado alguna medicina corrientemente?
Razón de la Visita:
_____ ¿Ud. tiene síntomas? _____ cree que ha sido expuesta a infecciones venéreas
_____ Examen rutinario _____ Ha sido referido por _____

Los síntomas:

	¿Donde?	¿Por cuánto tiempo?
Flujo vaginal	_____	_____
Ardor al orinar	_____	_____
Lesión (úlcera)	_____	_____
Erupción/Sarpullido	_____	_____
Picazón	_____	_____
Dolor	_____	_____
Verrugas	_____	_____
Escalofríos (fiebre)	_____	_____
Pérdida de peso inexplicable	_____	_____
Glándulas hinchadas	_____	_____
Masa en el seno	_____	_____
Dolor en el seno	_____	_____

Historial ETS/Infección:

	Cuando?
_____ Gonorrea	_____
_____ Sífilis	_____
_____ Chlamydia	_____
_____ Herpes	_____
_____ Verrugas /VHP	_____
_____ EIP	_____
_____ IUT (Infección de vejiga)	_____

Infecciones Vaginal:

_____ Tricomoniasis	_____
_____ Vaginosis Bacteriana	_____
_____ Hongo vaginal	_____

Sexual:

Número total de parejas en su vida _____
Número total de parejas en los últimos 3 meses _____
Hombres _____ # Mujeres _____
Fecha del último contacto sexual _____
Aéreas de contacto sexual
( ) vaginal ( ) oral ( ) anal
¿Su pareja tiene síntomas? Si / No
Explique los síntomas _____
_____

Historial Menstrual:

Edad tenía cuando comenzó a menstruar _____
Cuantas toallas sanitarias/tampones usa en el día mas pesado de su menstruación _____
¿Por cuantos días dura su menstruación? Por _____días.
¿Cada cuanto le viene el período? Cada _____días.
¿Considera usted que sus periodos son normales? Si No
¿Cuándo comenzó su último periodo?_____
fue normal/anormal

¿Experimenta algunos de los siguientes síntomas antes o después de su menstruación?
hinchazón _____ problemas intestinales_____
Cólicos _____ cambios emocionales_____
¿Sangra al tener relaciones sexuales? Si / No
¿Sangra entre períodos, cuando no es debido? Si / No
¿Considera que sus períodos son pesados? Si / No
¿Ha notado cambios recientes en su menstruación? Si / No

Historial Anticonceptivo:

¿Está usando un método anticonceptivo ahora? Si / No
¿Cual método? _____
¿Usa condones? □ Siempre □ A veces □ Nunca

Historial del Embarazo:

¿Ha estado alguna vez embarazada? Si / No
Número total de embarazos _____
Numero de:

____ parto(s) normales	Fecha(s) _____
____ parto(s) prematuro	Fecha(s) _____
____ abortos espontáneos	Fecha(s) _____
____ abortos provocados	Fecha(s) _____
____Hijos vivos	Fecha(s) _____
____ embarazos ectópicos	Fecha(s) _____
____parto muerto	Fecha(s) _____
____ cesáreas	Fecha(s) _____