

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 ___

Razón de la Visita: _____
 _____ ¿Ud. tiene síntomas?
 _____ Examen rutinario
 _____ Ha sido expuesta a infecciones venéreas
 _____ Referido por
 _____ Otro

Alergias: _____
 ¿Ha tomado medicina o drogas en los últimos 30 días?
 Si _____ No _____
 Medicina/Droga _____
 Para _____
 Última dosis _____

Historial Sexual:

Número total de parejas en su vida _____
 Número total de parejas en los últimos 30 días _____
 # Hombres _____ # Mujeres _____
 Fecha del último contacto sexual _____
 Aéreas de contacto sexual
 () vaginal () oral () anal
 ¿Su pareja tiene síntomas? Si / No
 Explique los síntomas _____

Historial del Embarazo: (sólo conteste si usted nunca ha estado aquí antes)

¿Ha estado alguna vez embarazada? Si / No
 Fecha (s) de embarazos _____
 Embarazos totales _____
 Numero de:
 _____ abortos provocados _____ embarazos ectópicos
 _____ abortos espontáneos _____ parto(s) normales
 _____ cesáreas _____ parto(s) prematuro

Los síntomas: ¿Donde? ¿Por cuánto tiempo?

Flujo vaginal	_____	_____
Ardor al orinar	_____	_____
Lesión (úlceras)	_____	_____
Erupción/Sarpullido	_____	_____
Picazón	_____	_____
Dolor	_____	_____
Verrugas	_____	_____
Escalofríos (fiebre)	_____	_____
Pérdida de peso inexplicable	_____	_____
Glándulas hinchadas	_____	_____
Masa en el seno	_____	_____
Dolor en el seno	_____	_____
Flujo del pezón	_____	_____
Si es así, cual color?	_____	_____

Otro: _____

Historial Menstrual:

_____ edad tenía cuando comenzó a menstruar
 Su menstruación es:
 _____ Normal _____ Liviano
 _____ Anormal _____ Moderado
 _____ Doloroso _____ Pesado
 ¿Cada cuanto le viene el período? Cada _____ días.
 ¿Por cuantos días dura su menstruación? Por _____ días.
 ¿Sangra entre periodos, cuando no es debido? Si / No
 ¿Hay dolor cuando tiene relación sexual? Si / No ¿Sangre? Si / No
 Último Papanicolaou _____ (fecha)
 ¿Alguna vez le ha salido anormal el resultado de la prueba Papanicolaou? Si / No Resultado _____
 ¿Se le ha hecho colposcopia/crioterapia/LEEP? Si / No
 ¿Cuándo _____?

Historial Anticonceptivo:

¿Está usando un método anticonceptivo ahora? Si / No
 ¿Cual método? _____
 ¿Su pareja usa condones? Si / No / No Aplicable
 ¿Ha tenido relaciones sexuales después de la última menstruación sin ningún método anticonceptivo? Si / No
 ¿Ud. piensa que está embarazada ahora? Si / No

Historial ETS/Infección:

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

Infecciones Vaginal:

_____	Tricomoniasis	_____
_____	Vaginosis Bacteriana	_____
_____	Hongo vaginal	_____

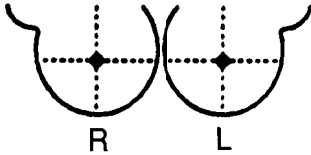


FOR STAFF USE ONLY

Skin: () Normal () Abnormal
() Lesion () Rash () Alopecia

Lymph Nodes: () Not Palpable () Palpable
() Cervical () Axillary () Inguinal

Breasts:



Nipple Discharge Y / N
If yes, what color? _____
Size of Abnormality _____
Mobile? Y/N
Location _____
Skin Changes Y / N

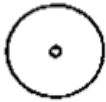
Vulva: () Normal () Other: _____



Vagina: () Normal () Discharge:
() Scant () Moderate () Profuse
Describe: _____
PH: _____

Cervix:

() Normal () Lesions () Ectropion
() Discharge: _____



OS: () Round () Transverse () Lacerated
() Contact Bleed () Yes () No
CMT () Yes () No

Uterus:

Position: () Anteverted () Retroverted () Mid () Other
Consistency: () Firm () Hard () Soft () Mobile ()
Nontender
Contour: () Smooth () Regular () Nodular () Fibroids
Size: () Normal () Small () Enlarged _____
Other Findings: _____

Adnexa: Right _____ Left _____

Rectal: () Normal () Abnormal () Deferred

Impressions:

Purpose of Visit: _____

Allergies: _____

LMP ___/___/___

HGB: _____

Urine: _____ Protein _____ Glucose
_____ Leukocytes _____ Nitrites

- PAP _____
- GC _____ CHL _____
- Pregnancy Test _____
- Wet Mount _____
- VDRL _____
- Herpes Select I II Both
- Culture: Herpes Urine Vaginal

STD Risks: _____

- Multiple Partners
- New Partner since Last Year

Counseling/Education (✓ if verbal, o if written)

- HIV/STD Counseling
HIV test refused today Y/N
- Smoking Cessation
- Assessment/Plan Discussed
- Lab Findings
- Alternative Method Advised:

- Current Contraceptive Reviewed
- Nutrition
- Exercise
- Coercion Counseling
- Domestic Violence
- Sexual Abuse

CIIC/CI Provided

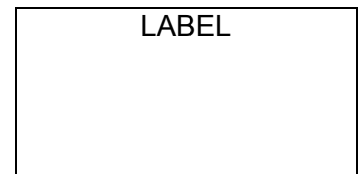
- Method Specific _____
- CDC Fact Sheet Given _____

- Medication FS Given _____

- Breast Referral CI Given

- Other: _____

- Family Planning/Birth Control Discussed
- Patient Advised to RTC for Well Woman/Pap
- Patient goes to Pvt MD for GYN care



LABEL

Medication Rx: _____

Referral: _____ NIPIE _____

Return Visit: _____ For: _____ With: () MLC () RN () MD

Clinician's Name (print) _____ Clinician's Signature _____