

Nombre _____ Edad _____ Ocupación _____

Razón para la visita de hoy: _____

Me gustaría ser evaluada contra ETS _____

Menstruación	Historia Sexual
<p>¿Cuándo fue su último período menstrual? _____</p> <p>¿Cuántos días dura generalmente su período menstrual? _____</p> <p>¿A que edad tuvo su primer período menstrual? _____</p> <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fue normal su último período menstrual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene el período menstrual todos los meses?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Piensa que podría estar embarazada?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene fuertes dolores de vientre durante sus períodos??</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene sangrados entre los períodos menstruales?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usa duchas vaginales?</p> <p>Si así es, ¿Qué tan frecuente? _____</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>Edad a la primera vez _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra usted actualmente en una relación sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Pareja nueva en los últimos 60 días?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Pareja con síntomas en los últimos 60 días?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Positivo de clamidia en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra ETS en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usó un condón en su última relación sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido sexo anal u oral en los últimos 12 meses?</p> <p>Es su pareja <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p>De sus parejas masculinas, alguna tiene historia de:</p> <p><input type="checkbox"/> Tener relaciones con hombres <input type="checkbox"/> Usa drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Ha tenido mas de 4 compañeros en el ultimo año</p> <p>¿Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____</p> <p>en el último año? _____ en su vida? _____</p> <p>¿Cómo se protege de ETS? _____</p>
Anticonceptivos	Historia Social
<p>¿Es su primer examen pélvico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Qué método anticonceptivo, incluyendo condones ó conocimiento sobre fertilidad ha utilizado en el pasado?</p> <p>_____</p> <p>¿Ha tenido algún problema con ellos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si así es, ¿Qué problema? _____</p> <p>Método anticonceptivo actual _____</p> <p>¿Por cuánto tiempo? _____</p> <p>¿Algún problema con él? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si así es, ¿Qué problema? _____</p> <p>¿Quisiera cambiar su método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si así es, ¿Cuál método le gustaría usar? _____</p> <p>¿Desea tener hijos en el futuro? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> tal vez</p> <p>¿Ha tenido relaciones sexuales sin el uso de un anticonceptivo después de su último período menstrual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fuma? Si así es, ¿Cuántos cigarrillos al día y por cuánto tiempo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Toma alcohol?</p> <p>¿Qué tan frecuente y cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usted ó su pareja usan drogas callejeras ó intravenosas? Si así es, ¿Cuál(es)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Le gustaría recibir información de donde encontrar ayuda para el problema de las drogas y el alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Hace ejercicios regularmente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usa el cinturón de seguridad?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso ó sus hábitos alimenticios de los cuales le gustaría hablar hoy?</p> <p>Planned Parenthood puede ayudar a hombres y mujeres que tengan alguna preocupación acerca de su sexualidad, ó han tenido abuso sexual, violación (incluyendo cita-violación), abuso físico, violencia domestica (incluye entre parejas no casadas como parejas del mismo sexo), adicciones ó problemas emocionales. Podemos ayudar también si esta en una situación donde esta pasando por abuso, ha pasado por el o si simplemente le preocupa.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Esta usted experimentando ó tiene alguna inquietud sobre violencia domestica ó alguno de los problemas mencionados con anterioridad?</p>
Embarazo	
<p><input type="checkbox"/> Nunca ha estado embarazada (Siga en la siguiente sección)</p> <p>Edad del primer embarazo _____</p> <p>Ultimo embarazo _____ # de embarazos _____</p> <p># de niños vivos al nacer _____ # de abortos _____</p> <p># de pérdidas _____</p> <p># Embarazos ectópicos (en los tubos) _____</p> <p># hijos vivos _____</p> <p>¿Está amamantando actualmente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Está tratando de quedar embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Esta preocupada sobre infertilidad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>	

Place label here
Include name, number and DOB

Clinician Reviews:

Signature: _____ Date: ____/____/____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Historia Clínica Anterior

MENCIONE LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE USTED TIENE ALERGIA _____

¿Tiene alergia al látex? sí no Otras alergias (mariscos, etc.) _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía, ha sido paciente en un hospital ó ha tenido enfermedades graves? sí no

Si así es, explique _____

¿Ha tenido transfusión sanguínea? _____

Mencione todos los medicamentos que esté tomando _____

¿A qué otro sitio va para recibir atención médica? _____

¿Cuándo y dónde fue su último: Prueba de Papanicolau? _____ Mamografía? _____

Ha sido inmunizada contra: Hepatitis B sí no Tétano sí no Rubéola sí no

Por favor revise la siguiente lista. Déjenos saber su historia clínica pasada y qué síntomas tiene HOY:

La Revisión de Sistemas

En el Hoy Pasado Nunca	En el Hoy Pasado Nunca	En el Hoy Pasado Nunca
GENERAL	CARDIOVASCULAR	GENITOURINARIO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi salud es buena generalmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones/ murmullo en el corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flujo vaginal, olor, picazón
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento ó pérdida de 25+ libras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Granos, ronchas en la vagina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudor nocturno/calores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangre después del coito
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre, escalofríos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en venas ó pulmones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor durante el coito
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PIEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia ó problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor ó ardor al orinar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erupciones, ronchas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SENOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orina con sangre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros problemas de piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Durezas ó protuberancias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secreciones, irritaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OJOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía de senos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Goteo de orina/incontinencia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios de visión (excepto lentes/lentes de contacto)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OIDOS, NARIZ Y GARGANTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección frecuente de la vejiga
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de auditivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrados nasales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis uterina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pólipos nasales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verrugas genitales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clamidia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonorrea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes del embarazo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irritabilidad de intestino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PID (Enfermedad Inflamatoria de la Pelvis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor fuerte de cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado/hepatitis Tipo _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tricomoniasis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entumecimiento persistente, hormigueo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infecciones fungosas frecuentes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaginitis bacteriana (VB)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Migraña diagnosticada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESQUELETOMUSCULAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia / ataques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en músculos o articulaciones	Fecha del Pap anormal _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda	Tratamiento _____
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fractura de hueso espontánea	Fecha del tratamiento _____
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colposcopia
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PSICOLOGICO
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad o cambio de ánimo
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo el cuidado de psiquiatra

HISTORIA DE LA FAMILIA INMEDIATA: ¿Su madre, padre, hermana o hermano tuvieron lo siguiente antes de cumplir 55 años?

Sí No No Sé	Sí No No Sé
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Es adoptada? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Colesterol alto? _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cáncer en el ovario ó senos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Osteoporosis (huesos quebradizos)? _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Diabetes? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Historia de enfermedades hereditarias? _____ (Enfermedad de Tay-Sachs, anemia por drepanocitosis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ataque cardiaco/derrames/coágulos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Le dieron DES a su madre? _____ (para prevenir pérdidas o abortos espontáneos)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alta presión sanguínea? _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿TB (Tuberculosis)? _____	

Place label here
Include name, number and DOB

Firma del Paciente _____