

Anticoncepción	Historia Sexual
<p>¿Qué método usa su pareja para prevenir embarazos? _____</p> <p style="text-align: right;">La apoya en el uso de este método? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usa condones constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección durante el pasado mes?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sabe acerca de anticoncepción de emergencia?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Hay algún problema con el uso de métodos anticonceptivos ó prevención de ETS para usted ó su pareja?</p>	<p>Sí No</p> <p>Edad del primer acto sexual: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido relaciones sexuales?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Esta teniendo relaciones sexuales actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha cambiado de pareja sexual en los últimos 60 días?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido más de dos parejas sexuales en los últimos 60 días?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tuvo pareja sexual con síntomas de ETS en los últimos 60 días?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido clamidia en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene relaciones sexuales por drogas ó dinero?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se ha hecho la prueba del VIH? Si así es, cuando? _____</p> <p>Compañeros sexuales <input type="checkbox"/> Masculinos <input type="checkbox"/> Femeninos <input type="checkbox"/> Los dos</p> <p>¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido: En el ultimo año? _____ Durante toda su vida? _____</p> <p>¿Como se protege contra ETS? _____</p>
Embarazos	Historial Social
<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene niños(as) biológicos(as)? ¿Cuantos? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Quiere tener más hijos biológicos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Su pareja ¿esta tratando de salir embarazada? Si así es, ¿por cuanto tiempo? _____</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fuma? Si así es, cuantos cigarrillos al día y desde cuando fuma? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Toma alcohol? Si así es, con cuanta frecuencia y cuanto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usted o su compañera(o) usan drogas callejeras ó intravenosas? Si así es, ¿Cuál(es)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Hace ejercicio regularmente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso y/o hábitos alimenticios que le gustaría compartir?</p> <p>Planned Parenthood puede ayudar a hombres y mujeres que tengan dudas sobre su sexualidad, o han sido victimas de asalto sexual violación (incluyendo cita-violación), abuso físico, abuso domestico (incluyendo entre parejas no casadas o del mismo sexo), adicciones, ó dificultades mentales y emocionales. También podemos ayudarle si está experimentando o experimentó alguna de las situaciones mencionadas ó si sólo son de preocupación para usted.</p> <p><input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Esta experimentando ó tiene dudas sobre violencia domestica ó alguno de los problemas mencionados con anterioridad?</p>
Seguridad	
<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usa cinturón de seguridad?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usa casco de protección de bicicleta ó motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene armas de fuego en casa? Si así es, ¿las tiene bajo llave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>For Clinicians Only:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Client was queried about all the above</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Client was given relevant educational materials and referral information.</p>

Place label here
Include name, number and DOB

Clinician Reviews:

Signature: _____ Date: ____/____/____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Historia Clínica Anterior

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Sí No ¿Qué medicamentos? _____

¿Tiene alergia al látex? Sí No Otras alergias (mariscos, etc.) _____

¿Ha tenido alguna cirugía, ha sido admitido a un hospital ó ha tenido enfermedades graves? Sí No

Si así es, explique _____

Mencione todas las medicinas que esta tomando _____

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

¿Dónde y cuando tuvo su ultimo examen fisico? _____

¿Ha sido vacunado contra: Hep B Sí No Tetano Sí No Rubéola Sí No

¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea? Sí No Si así es, ¿cuando? _____

Por favor revise la siguiente lista. Háganos saber de sus problemas de salud pasados y los síntomas que tiene el día de hoy.

Revisión de Sistemas																	
En el Hoy Pasado Nunca			GENERAL			En el Hoy Pasado Nunca			CARDIOVASCULAR			En el Hoy Pasado Nunca			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 cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción por el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<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"/>	Comezón genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno / calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido genital, granos, ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<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 ó después de eyacular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor ó ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<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"/>	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupciones, ronchas, sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidad frecuente de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nudos ó protuberancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreciones, endurecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(excepto lentes/lentes de contacto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OIDOS, NARIZ Y GARGANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentes sangrados nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuente dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación - estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de irritabilidad intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tricomoniaisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la ingle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad en la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor fuerte de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección en la ingle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento persistente, hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidades de los organos reproductivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuanto hace que orinó? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas diagnosticada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSICOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia / ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESQUELETOMUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en músculos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Historia Familiar Directa: Su mamá, papá, hermana ó hermano han tenido lo siguiente? Marque cuantos apliquen:

Sí	No	No Sé		Sí	No	No Sé	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es adoptado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Colesterol alto? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cáncer testicular? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Historia de enfermedades hereditarias? _____ (Tay-Sachs, sickle cell anemia, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer de prostata _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ataque cardiaco/derrames/coágulos? _____				
<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 _____