

Nombre _____

Fecha _____

VACUNAS

Estas Vacunas vienen en series de 3 inyecciones, marque cuantas inyecciones ha recibido:

 Hepatitis B 1 inyec. 2 inyec. 3 inyec. VPH (Gardasil ó Cervarix) 1 inyec. 2 inyec. 3 inyec.

Planificación Familiar

 ¿Está actualmente usando algún método de planificación familiar (incluyendo condones)? No Si

Si es así, ¿que método? _____

Si desea planificar, ¿cuál método le interesa? (Seleccione)

 Pastillas Parche El Aro Depo/inyección Condones
 Diafragma DIU Implanon/Implante Esterilización Ciclo Natural

 ¿Planea tener un embarazo en el próximo año? No Si

 ¿Tiene problemas con su método actual? No Si

Si es así, ¿que problema tiene? _____

Otros métodos que ha usado en el último año: _____

 En el pasado, ¿ha tenido problemas con los métodos que ha usado? No Si

Si así fué, ¿que problemas? _____

PERIODO MENSTRUAL

¿A que edad comenzaron sus periodos(regla)? _____

 ¿Esta teniendo síntomas de la menopausia ó ha pasado por la menopausia? No Si

 ¿Cuánto tiempo hay entre sus periodos (regla)?
 menos de un mes un mes más de un mes

 Mis periodos (reglas) son usualmente: regular irregular

¿Cuántos días duran? _____

 El fluido: ligero moderado pesado

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? _____

 Y fué: normal para mi anormal para mi

HISTORIAL DE EMBARAZOS
 Nunca he estado embarazada (pase a la próxima sección)

Cuantos: Embarazos en total _____ Hijos Vivos _____

Partos _____ Abortos espontáneos _____

Embarazos Ectópicos _____ Cesáreas _____

 ¿Esta actualmente amamantando? No Si

Edad en su primer embarazo: _____

Edad en su último embarazo: _____

 ¿Ha tenido problemas después de dar a luz, un aborto espontáneo ó un aborto? No Si

Si así fue, ¿que problemas? _____

HISTORIAL SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer personales pero nos ayuda a evaluar su estado de salud. Toda la información es confidencial.

 Edad a la que tuvo su primera relación sexual (coito): _____ Nunca he tenido relaciones sexuales

 ¿Usa condones? Siempre A veces Nunca

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? _____

 ¿Ha tenido pareja nueva en el último año? No Si
 Si respondió sí, ¿ha sido en los últimos 60 días? No Si

 ¿Usó un condón la última vez que tuvo relaciones? No Si

 Mi pareja tiene una enfermedad transmitida sexualmente (ETS):
 No Si No se

 Mi(s) pareja(s) es (son):
 Sólo Hombres Sólo Mujeres Ambos

 Mi pareja tuvo síntomas de una ETS en los últimos 60 días:
 No Si No se

 Su pareja tiene relaciones con:
 Hombres Mujeres Ambos No lo se

 ¿Alguna vez ha compartido agujas para (tatuajes perforaciones "piercings", drogas intravenosas, etc.)? No Si

Mi pareja es monógama (sólo tiene sexo contigo): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se	Mi pareja usa drogas intravenosas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Su contacto sexual es (✓Todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Ha tenido una transfusión sanguínea antes de 1985? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

USO DE SUSTANCIAS

¿Ha usado drogas recreativas ó drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si así es, ¿cuáles? _____	¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuántas bebidas al día/semana? _____
Actualmente ¿está usando drogas recreativas ó drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si así es, ¿cuales? _____	¿Siente que tiene problemas con drogas ó el alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si así es, ¿por qué? _____
¿Usa tabaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Qué tipo de tabaco? _____ ¿Cuánto al día? _____ ¿Por cuántos años? _____	

ESTILO DE VIDA / RETOS / SOPORTE

¿Tiene preocupaciones sobre su peso ó hábitos alimenticios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene una dieta saludable? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Está siendo abusada sexualmente, físicamente, ó emocionalmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Hace ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Ha sido forzada a hacer algo contra su voluntad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene alguien en su vida que va en busca de apoyo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si así es, ¿Quién? _____	Si así es, trabaja: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro

TIENE ESTOS SINTOMAS AHORA O LOS TIENE MUY A MENUDO?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cambio de peso considerable (Más de 25 libras)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sangrado del recto
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, ó fatiga (cansancio)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Problemas ó dolor al orinar
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Problemas respiratorios, tos, ó dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sangrado anormal de la vagina, secreción fluido, picazón, ó llagas
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor pélvico, dolor cuando tiene relaciones (coito) u otros problemas sexuales
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Palpitaciones del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Granos, ronchas, erupciones en su piel.
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Desmayo ó pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nódulos en los senos ó dolor de senos
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor en el vientre, estreñimiento, diarrea, ó vómito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Secreción en el(los) pezón(es)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Poco interés en actividades que acostumbraba disfrutar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mareo, dolores de cabeza, cambios de visión
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Se siente deprimida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Intolerancia al calor ó frío (más de lo normal)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Teniendo pensamientos de suicidio Si así es, ¿está viendo a un terapeuta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hambre ó sed excesiva (más de lo normal)