

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 usted (ó su pareja) usando algún método de planificación familiar (incluyendo condones)? No Si

Si es así, ¿que método? _____

 ¿Tiene problemas con su método actual? No Si

Si es así, ¿que problema tiene? _____

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

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

 ¿Ha tenido pareja nueva en el último año? No Si

 Si respondió si, ¿ha sido en los últimos 60 días? No Si

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

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

 Mi pareja es monógama (sólo tiene sexo contigo):
 No Si No se

 Su contacto sexual es (✓Todos los que apliquen):
 Vaginal Anal Oral Ninguno Otro _____

 ¿Usa condones? Siempre A veces Nunca

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

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

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

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

 Mi pareja usa drogas intravenosas: No Si

 Ha tenido una transfusión sanguínea antes de 1985? No Si

USO DE SUSTANCIAS

 Ha usado drogas recreativas o drogas intravenosas? Si es que si, cuales? No Si

 Actualmente ¿está usando drogas recreativas ó drogas intravenosas? Si así es, ¿cuáles? No Si

 ¿Usa tabaco? No Si

¿Qué tipo de tabaco? _____

¿Cuánto al día? _____

¿Por cuantos años? _____

 ¿Toma alcohol? No Si

¿Cuántas bebidas al día/semana? _____

 ¿Siente que tiene problemas con las drogas ó el alcohol? No Si

Si es así, ¿porque? _____

ESTILO DE VIDA / RETOS / SOPORTE

 ¿Tiene preocupaciones sobre su peso ó hábitos alimenticios? No Si

 ¿Tiene una dieta saludable? No Si

¿Está siendo abusado 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 forzado 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 van en busca de apoyo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si así es, trabaja: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro	
Si así es, ¿Quién? _____			

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	Deprimido
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, ó fatiga (cansancio)	<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	Problemas respiratorios, tos, ó dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Problemas ó dolor al orinar
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Secreción (fluido) en el pene
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Palpitaciones del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor en los testículos
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Desmayo ó pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Granos, ronchas, erupciones en su piel.
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor en el vientre, estreñimiento, diarrea, ó vómito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mareo, dolores de cabeza, cambios de visión
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sangrado del recto	<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	Poco interés en actividades que acostumbraba disfrutar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hambre ó sed excesiva (más de lo normal)