

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**FAVOR DE CONSTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

*Gracias por contestar esta información personal, con ella nos permite brindarle el mejor cuidado posible. Toda la información es confidencial de acuerdo con las normas de privacidad HIPAA.*

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene un dispositivo intrauterino insertado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha sido diagnosticada con migrañas?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido problemas cardíacos, enfermedad del corazón ó alta presión arterial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido cáncer de senos ó alguna enfermedad de los senos?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido enfermedades del hígado ó de los riñones?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene ataques epilépticos ó los ha tenido antes?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene deficiencia inmune ó lupus?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido un Papanicolau anormal?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene problemas de coagulación sanguínea (sangra mucho ó coagula muy rápido)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido enfermedad de la tiroides (hipotiroidismo ó hipertiroidismo)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido recientemente alguna enfermedad de transmisión sexual ó inflamación pélvica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene diabetes?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido alguna vez una infección en el útero, tubos de Falopio ó los ovarios?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido asma? Si así es, fecha del último ataque: _____
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene historial de coágulos en sus venas, pulmones ó cerebro (embolia)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido depression ó ansiedad?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene un útero de forma anormal ó fibroides?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha usado drogas ó ha tomado alcohol en las últimas 24 horas?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Usa tabaco (cigarrillos, para masticar)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Alguno de sus padres, hermanos, ó hermanas han tenido ataques cardíacos ó enfermedad del corazón <b>antes de la edad de 55 años</b> (enfermedad temprana del corazón)?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido algún otro problema de salud grave ó alguna cirugía? Si así es, descríballo: _____		
<i>Planned Parenthood puede ayudar a las mujeres que tengan preocupaciones ó historial de asalto sexual, violación (incluyendo cita de violación), abuso físico, violencia doméstica ó problemas de salud mental/emocional. Podemos ayudarle si está en una situación así ó si ha estado.</i>			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Hay alguien que la este forzando a hacer algo contra su voluntad, incluyendo estar aquí?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se siente segura en su relación y tipo de vida actual?

**HISTORIAL DE EMBARAZOS**

¿Cuándo fué el primer día de su último período? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo este)? \_\_\_\_  
¿Cuántos? Nacimientos \_\_\_\_\_ Malogros-Perdidos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Embarazos Ectópicos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**FAVOR DE CONSTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

*Gracias por contestar esta información personal, con ella nos permite brindarle el mejor cuidado posible. Toda la información es confidencial de acuerdo con las normas de privacidad HIPAA.*

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene un dispositivo intrauterino insertado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene diabetes?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Puede regresar a su cita de seguimiento para confirmar que el embarazo ha terminado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido desórden alimenticio?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Esta dispuesta ha tener un aborto por aspiración si el aborto medico no trabaja?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido problemas con la vejiga?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene acceso a un teléfono y puede llegar a una sala de emergencia si es necesario?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido alto colesterol ó alta presión arterial?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha usado drogas ó tomado alcohol en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido problemas con hígado?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha sido diagnosticada con migrañas?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido osteoporosis?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido un ataque cardiaco?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido un Papanicolau anormal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido coágulos en los pulmones (embolia pulmonar)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido operación de puente gástrico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido ataques epilépticos?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido cáncer de senos ó nódulos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido lupus (SLE)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido algun tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tiene problemas de coagulación sanguínea (coagula demasiado)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido embolias ó coágulos en las venas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido problemas del corazón?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Ha tenido depresión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Usa tabaco (cigarrillos, para masticar)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿ ¿Ha tenido algún otro problema de salud grave ó alguna cirugía? Si así es, descríballo: _____		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Alguno de sus padres, hermanos, ó hermanas han tenido ataques cardíacos ó enfermedad del corazón <b>antes de la edad de 55 años</b> (enfermedad temprana del corazón)?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si es menor de 18, ¿Hay algún adulto que sabe que usted está aquí?		
<i>Planned Parenthood puede ayudar a las mujeres que tengan preocupaciones ó historial de asalto sexual, violación (incluyendo cita de violación), abuso físico, violencia doméstica ó problemas de salud mental/emocional. Podemos ayudarle si está en una situación así ó si ha estado.</i>			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Hay alguien que la este forzando a hacer algo contra su voluntad, incluyendo estar aquí?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se siente segura en su relación y tipo de vida actual?

**HISTORIAL DE EMBARAZOS**

¿Cuándo fué el primer día de su último período? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo este)? \_\_\_\_  
¿Cuántos? Nacimientos \_\_\_\_\_ Malogros-Perdidos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Embarazos Ectópicos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_