

HISTORIAL MEDICO FEMENINO

Su historial médico es confidencial. Planned Parenthood se comunicara con usted por telefono ó corre o para Comunicarle los resultados de exámenes de laboratorio que sean abnormal, o en caso de alguna emergencia.

PATIENT LABEL

Nombre de Paciente: _____

EDAD _____ ALERGIAS _____ FECHA _____

REVISION DE SISTEMAS

FAVOR DE MARCAR () SI HA TENIDO:

GENERAL

- SI NO**
1. Problema de peso/desorden alimenticio
 2. Catarros frecuentes/flu, etc.
 3. Fatiga crónica
 4. Cáncer
 5. Estoy saludable

PIEL

- SI NO**
6. Acné/otros problemas de la piel
 7. Salpullido crónico, comezón

OJOS

- SI NO**
8. Problemas en los ojos/con la vista
 9. ¿Usa anteojos/lentes de contacto?

OIDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA

- SI NO**
10. Problemas para oír
 11. Problemas con los dientes/encías
 12. Sangrado de la nariz frecuente
 13. Dolor de garganta frecuente

RESPIRATORIO

- SI NO**
14. Asma/Enfermedad pulmonar/tuberculosis
 15. Falta de respiracion persistente

CARDIOVASCULAR

- SI NO**
16. Enfermedad del corazón/Embolio
 17. Presión alta
 18. Colesterol alto/Trigliceridos
 19. Tromboflebitis/Cóagulos de sangre en venas/pulmones
 20. Lupus Erythema Tuis

GASTROINTESTINAL

- SI NO**
21. Problemas del estómago/intestinos
 22. Enfermedad del hígado/Hepatitis
 23. Enfermedad de la vesícula biliar

GENITOURINARIO

- SI NO**
24. Problemas con la vejiga/riñones
 25. Problemas de infección con el útero/ tubos/ ovarios
 26. Infección vaginal continua
 27. Clamidia
 - Gonorrea
 - Herpes
 - Sífilis
 - Verrugas Genitales
 - VIH
 - Otro
 28. Enfermedad del seno/Lum;/ Tumor/Cirugía
 29. Examen Papanicolaou anormal

NEUROLOGICO

- SI NO**
30. Embolio
 31. Migrañas (diagnostico de doctor)
 32. Ataques epilépticos/ Epilepsia

HEMATOLOGICO (Sangre)

- SI NO**
33. Anemia
 34. Desorden de la sangre/transfusión
 35. Usted se moretea facilmente?

MUSCULAR / ESQUELETO

- SI NO**
36. Artritis
 37. Huesos fracturados ó lesionados

PSICOLOGICO

- SI NO**
38. Depresión/Cambios de humor
 39. Ansiedad
 40. Bajo el cuidado de un Psiquiatra Psicologo

ENDOCRINO

- SI NO**
41. Enfermedad de la tiroides
 42. Diabetes
 43. Falta de respiracion continua

44. ¿Ha tenido cirugía o ha sido paciente en un hospital? SI explique _____ NO

45. ¿Está o ha estado bajo el cuidado de un doctor por una enfermedad o condición seria? SI NO

46. ¿Es alérgica a algun medicamento? SI NO ¿Es alérgica al hule? SI NO ¿Es alérgica al yodo? SI NO
¿Es alérgica a la anestesia local? SI NO

47. ¿Recibio sus vacunas infantiles? SI NO

48. ¿Esta vacunada contra la Hepatitis B? SI NO

49. ¿Está tomando medicinas o drogas, incluyendo medicinas que no necesitan receta, medicamentos de hierbas o vitaminas? SI NO

50. Fecha de su ultimo examen pelvico _____

HISTORIAL FAMILIAR:**HA TENIDO SU MADRE, PADRE, HERMANA O HERMANO LO SIGUIENTE:**

- SI NO**
- Diabetes ¿Usa insulina? SI NO
- Cáncer, especialmente, riñones, ovarios o intestinos
- Nivel alto de colesterol o grasa en la sangre
- Ataque del corazón, embolio, o cuagulos de sangre
- Huesos rotos después de los 35 años de edad o osteoporosis
- Es adoptada, historial familiar desconocido
- ¿Tomo su madre DES (hormona que impide el aborto espontáneo) cuando estaba embarazada con usted?

USO DE EMPLEADOS SOLAMENTE

HISTORIA SOCIAL/DE RIESGO SEXUAL

- SI NO**
- ¿Fuma? ¿Sí?, ¿cuántos cigarros al día? _____
- ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Sí?, ¿con cuánta frecuencia/qué cantidad?
- ¿Usted o sus compañeros toman o se inyectan drogas?
- ¿Usted o sus compañeros comparten agujas de cualquier tipo?
- ¿Ha recibido o quisiera recibir ayuda con problemas de alcoholismo o drogadicción?
- ¿Le gustaría discutir problemas relacionados con una violación o con abuso emocional/físico/sexual?
- ¿Está ahora o ha estado en una relación donde ha sido lastimada físicamente o amenazada?

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudará a evaluar el riesgo que tiene de contraer cáncer cervical e infecciones transmitidas sexualmente (ETS).
 Edad cuando tuvo su primera relación sexual: _____

- SI NO**
- ¿Es usted sexualmente activa en la actualidad? Marque todo lo que aplique: Vaginal Ano Oral Otro
- ¿Ha tenido más de un compañero sexual o uno nuevo durante el año pasado? Sus compañeros son: Hombres Mujeres Ambos
- ¿Toma precauciones para no contraer enfermedades transmitidas sexualmente?
- ¿Cree que alguno de sus compañeros sexuales la ha puesto en riesgo de contraer enfermedades transmitidas sexualmente o el VIH?
- ¿Quiere que le hagan pruebas de laboratorio para saber si tiene enfermedades transmitidas sexualmente o el VIH?
- ¿Tiene otras preguntas o preocupaciones acerca del sexo que quiera discutir durante esta visita?

HISTORIA REPRODUCTIVA**HA TENIDO****RECIENTEMENTE TIENE**

Edad de primer periodo menstrual: _____

- | | | |
|--|---|--|
| SI NO | SI NO | SI NO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ciclos menstruales dolors / cólicos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado después de relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal de abajo |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado entre reglas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor con las relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anormal descargo vaginal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Su ultimo periodo menstrual fue normal? | | <input type="checkbox"/> N/A |

SI HA ESTADO EMBARAZADA, FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| _____ Edad cuando tuvo el primer embarazo | _____ Número de abortos | _____ Número de partos por cesárea |
| _____ Número total de embarazos | _____ Número de embarazos ectópicos | _____ Fecha del último parto |
| _____ Número de partos teniendo un bebé vivo | _____ Número de partos teniendo un bebé muerto | _____ Fecha del último aborto |
| _____ Número de abortos espontáneos | _____ Número de hijos que viven | |

- ¿Tuvo complicaciones durante sus embarazos? SI NO ¿Tiene hijos con enfermedades genéticas (defectos de nacimiento)? SI NO
- ¿Esta amamantando? Si No

HISTORIAL ANTICONCEPTIVO

- Marque todos los métodos anticonceptivos que haya usado: Pastilla DEPO Norplant DIU Condones Esterilización
- Diafragma Esponja Espuma/Supositorios/película Ritmo Retirarse antes de eyacular Otro: _____
- SI NO** N/A
- ¿Usted o sus compañeros usan anticonceptivos? ¿Sí? ¿cuáles métodos usan? _____
- ¿Cuánto tiempo ha usado este método? _____
- ¿Ha tenido problemas con este u otro método anticonceptivo?
- ¿Planea salir embarazada el siguiente año?
- ¿Quiere un método anticonceptivo el día de hoy? ¿Sí? ¿Cuál método?

- SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD:** ¿Saben sus padres que vino a Planned Parenthood? SI NO
- ¿Habla con sus padres acerca de temas sexuales? SI NO

La información esta correcta y completa lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA DE LA PACIENTE

FECHA

CLINICIAN/RN SIGNATURE

DATE

ANNUAL REVIEW #1

- No Change Change (see physical exam notes) Address Change

Clinician/RN Signature _____

Date _____

ANNUAL REVIEW #2

- No Change Change (see physical exam notes) Address Change

Clinician/RN Signature _____

Date _____