



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

EDAD _____

ALERGIAS _____

FECHA _____

REVISION DE SISTEMAS

FAVOR DE MARCAR (✓) SI HA TENIDO:

GENERAL

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

PIEL

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

OJOS

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

OIDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA

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

RESPIRATORIO

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

CARDIOVASCULAR

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

GASTROINTESTINAL

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

GENITOURINARIO

- 24. SI NO 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

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

HEMATOLOGICO (Sangre)

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

MUSCULAR / ESQUELETO

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

PSICOLOGICO

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

ENDOCRINO

- 41. SI NO 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 pélvico _____

USO DE LAS ENFERMERAS SOLAMENTE

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 LAS ENFERMERAS 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?

SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD¿Sabes sus padres que vino a Planned Parenthood? SI NO¿Habla con sus padres acerca de temas sexuales? SI NO**HISTORIA REPRODUCTIVA**

Edad de primer periodo menstrual: _____

HA TENIDO

SI NO

- Ciclos menstruales dolors / cólicos
- Sangrado entre reglas
- ¿Su ultimo periodo menstrual fue normal?

SI NO

- Sangrado después de relaciones sexuales
- Dolor con las relaciones sexuales

RECIENTEMENTE TIENE

SI NO

- Dolor abdominal de abajo
- Anormal descargo vaginal
- N/A

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

- _____ Edad cuando tuvo el primer embarazo
- _____ Número total de embarazos
- _____ Número de partos teniendo un bebé vivo
- _____ Número de abortos espontáneos

- _____ Número de abortos
- _____ Número de embarazos ectópicos
- _____ Número de partos teniendo un bebé muerto
- _____ Número de hijos que viven

- _____ Número de partos por cesárea
- _____ Fecha del último parto
- _____ Fecha del último aborto

¿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?

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 _____