

<i>Planned Parenthood orgullosamente sirve a personas de cualquier edad, identidad de género, origen nacional, raza y orientación sexual</i>		
Nombre legal: _____		Nombre preferido: _____
Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro: _____		Pronombre: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Otro: _____
ALERGIAS		HISTORIAL DE SALUD PERSONAL (continuado)
S	N	Notas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicinas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comidas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras
VACUNAS ¿Ha sido vacunada contra las siguientes enfermedades?		CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola (MMR)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra: _____
MEDICINAS		GENITOURINARIO
Ponga todas las medicinas que toma, incluyendo píldoras anticonceptivas, hierbas, y vitaminas		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>
HISTORIAL FAMILIAR		<input type="checkbox"/>
S	N	Notas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardíacos / Soplo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Várices
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos Sanguíneos / Derrame
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones / la vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia de orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones vaginales recurrentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pélvica inflamatoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la matriz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromas uterinos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quistes de los ovarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endometriosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Papanicolau anormal ¿Cuándo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colposcopia / LEEP / Crioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su madre tomó DES cuando estaba embarazada de Ud.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos quebrados/fracturas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis u Osteoporosis
¿Ha tenido su madre, padre, hermana, hermano, abuela o abuelo cualquier de los siguientes problemas?		MUSCULOESQUELETAL
S	N	PIEL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adoptada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia Desconocida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acné; Otros problemas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/ migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	con alteraciones visuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	con entumecimiento, hormigueo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	debilidad de brazos/piernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ve Ud. luces centelleantes con o sin dolor de cabeza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSICOLÓGICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión/Ansiedad/Cambios de humor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio (Anorexia/Bulimia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
HISTORIAL DE SALUD PERSONAL		HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO
¿Tiene o alguna vez ha tenido cualquier de los siguientes?		<input type="checkbox"/>
S	N	Notas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto congénito/condición genética
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (especifique donde)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descendiente de Judíos Ashkenazi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masa/secreción de los senos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme/rasgo de glóbulos falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de la coagulación sanguínea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrados de la nariz frecuentes
OJOS/OIDOS		ENDOCRINO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentes de Contacto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anteojos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Auditivos
RESPIRATORIO		HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud que requirieron hospitalización
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones excepto para partos o en la sala de emergencias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías
GASTROINTESTINAL		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estómago/Intestinos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Vesícula/Cálculos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hígado (Hepatitis, Mono, Ictericia)

Nombre: _____

de Archivo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

