

Historia de Embarazos <input type="checkbox"/> nunca he estado embarazada									Si	No	Riesgos de ETS/VIH	
Numero de partos					Abortos espontáneos/o inducidos						¿Ha usted recibido sangre o productos de sangre antes de 1978?	
Mes	Año	Vag	Cesarea	Problemas	Año	Semanas	Esp	Ind			¿Ha usted usado drogas de la calle? ¿Cual? ¿Cuando?	
											¿Ha compartido aguas, para inyectarse drogas para tatuarse o perforarse?	
											¿Usa condones? <input type="checkbox"/> algunas veces <input type="checkbox"/> todo el tiempo <input type="checkbox"/> nunca	
											Usted tiene sexo con <input type="checkbox"/> hombres <input type="checkbox"/> mujeres <input type="checkbox"/> los dos	
											Usted tiene sexo de tipo <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal	
¿Hubo alguna anomalía genética?									Marque todas las que apliquen a su pareja actual:			
Historia de Anticonceptivos									<input type="checkbox"/> uso de sangre o productos de sangre en el presente o en el pasado			
¿Método que esta usando actualmente y cuánto tiempo?									<input type="checkbox"/> uso de drogas de la calle			
¿Algún problema con este método? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no									<input type="checkbox"/> múltiples parejas <input type="checkbox"/> bisexual			
Si es si ¿cual?									Infectado con <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> ETS			
¿Que método quiere usar ahora?									¿Edad del trato primero vaginal?			
¿Esta planeando un embarazo en el próximo año? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no									¿Historia de infecciones transmitidas sexualmente?			
Cual de los siguientes métodos ha usado antes:									<input type="checkbox"/> clamidia <input type="checkbox"/> gonorrea <input type="checkbox"/> verrugas genitales <input type="checkbox"/> herpes <input type="checkbox"/> sífilis			
Método					Problemas				<input type="checkbox"/> enfermedad pélvica inflamatoria <input type="checkbox"/> VIH/SIDA			
<input type="checkbox"/> Abstinencia									¿Tiene sangrado vaginal después de tener sexo? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			
<input type="checkbox"/> Tubal <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> hysterectomía									Cuantas parejas sexuales tiene o ha tenido			
<input type="checkbox"/> anticonceptivos orales									¿Actualmente? _____ ¿el año pasado? _____ ¿en toda su vida? _____			
<input type="checkbox"/> parche									Additional Comments			
<input type="checkbox"/> anillo												
Implante: <input type="checkbox"/> Norplant <input type="checkbox"/> Implanon												
<input type="checkbox"/> Depo-Provera (inyección)												
IUD: <input type="checkbox"/> Mirena <input type="checkbox"/> ParaGard												
Condomes: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino												
<input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> FemCap <input type="checkbox"/> Lea's Shield												
<input type="checkbox"/> esponja <input type="checkbox"/> espermicida												
<input type="checkbox"/> ritmo												
<input type="checkbox"/> planificación natural												
<input type="checkbox"/> no eyaculación dentro de la vagina												
Si	No	Reproductivo										
		42. Nódulos en los senos o secreción de los pezones										
		43. Vejiga, pérdida de orina, problemas en los riñones										
		44. Fibromas uterinos										
		45. Quistes en los ovarios										
		46. Endometriosis										
		47. ¿Si usted nació antes de 1970, su madre tomo DES mientras estaba embarazada de usted?										
		48. Papanicolaou anormal. Si es si ¿cuando?										
		49. Dolor durante las relaciones sexuales? ¿Otro problema sexual?										
		50. ¿Tiene flujo menstrual que pica, arde, o tiene mal olor? ¿Alguna yaga o vesícula?										
Historia Menstrual												
		51. ¿A que edad comenzó su primer periodo?										
		52. ¿Cuantas toallas/tampons que usa en su día mas pesado?										
		53. ¿Cuantos días dura su periodo? ¿# de días entre periodos?										
		54. ¿Son sus periodos usualmente regulares? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no										
		55. Su ultimo periodo empezó el día: Fue <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal										
		56. Experimenta usted antes o con sus periodos <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> hinchazón <input type="checkbox"/> problemas intestinales <input type="checkbox"/> cambios emocionales										
		57. ¿Tiene sangrado vaginal entre periodos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no										
									Firma del Cliente		Fecha	
									Staff Signature		Date	
History reviewed:												
									Staff Signature		Date	
									Staff Signature		Date	