

**Initial History Form — Comprehensive II-A-6a Eng and Span/Revised June 2011
Planned Parenthood®**

of South Florida and the Treasure Coast, Inc.

INITIAL HISTORY

CLIENT LABEL

Date: ___/___/___ Name: _____ Client ID #: _____ D.O.B.: ___/___/___ Age: _____

Yes	No	
		1. Do you take any medicine (prescription, over the counter, herbs, vitamins)? If yes, what?
		2. Are you allergic to any drugs, medicines, or latex? If yes, what?
		3. Are you using a birth control method? If yes, what? Any problems?
		4. Do you want to change your birth control?
		5. Do you want to get pregnant in the future? If yes, <input type="checkbox"/> In the next year <input type="checkbox"/> not for awhile <input type="checkbox"/> don't know
Yes	No	Have you ever had?
		6. Migraine headache / Aura
		7. Seizures / epilepsy
		8. Thyroid problems
		9. Asthma
		10. Lung disease / TB (tuberculosis)
		11. Heart attack / Heart disease
		12. High cholesterol
		13. High blood pressure
		14. Stroke
		15. Blood clot
		16. Bleeding problem
		17. Anemia (low iron)
		18. Sickle cell disease / trait
		19. Stomach /bowel problems /GERD/hernia/ulcer
		20. Hepatitis / yellow jaundice / liver problems
		21. Gall bladder problems
		22. Bladder, urine leaks, kidney problems
		23. Abnormal Pap test
		24. Did your mother take DES when she was pregnant with you?
		25. Diabetes
		26. Lupus
		27. Cancer
		28. HIV / AIDS
		29. Arthritis
		30. Osteoporosis (weak bones)
		31. Eating disorder / depression / anxiety
		32. Other
Check the immunizations you have received.		
33. <input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> HPV — shot 1, shot 2, shot 3 <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Measles/mumps/rubella (MMR) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Tetanus/diphtheria (Td) <input type="checkbox"/> Hepatitis B — shot 1, shot 2, shot 3 <input type="checkbox"/> Other		

Initial History Form — Comprehensive II-A-6a Spanish/Revised June 2011

34. Age at first period: Number of days between periods:
 Length of period:
 Do you think your periods are heavy? yes no
 Any recent changes in your periods? yes no

Yes	No	
		35. Have you ever been in the hospital overnight?
		36. Have you ever had surgery?
		37. Are you planning a surgery that will keep you in bed for a long time?
		38. Have you ever used street drugs? If yes, what kind:
		39. Do you use street drugs now? If yes, what kind:
		40. Have you ever smoked? If yes, how long:
		41. Do you smoke now? If yes: How many packs per day? How many years?
		42. Do you drink alcohol? If yes: Drinks/day: Drinks/wk: Type of drink:
		43. Any recent life changes or stresses? If yes, what kind:
		44. Are you worried about your weight or eating habits? If yes, why:
		45. Do you eat a healthy diet?
		46. Do you take calcium?
		47. Do you take vitamin D?
		48. Do you take folic acid?
		49. Do you get regular exercise? If yes, what?
		50. Do you use a seat belt?
		51. Are there any health hazards at home/work/ play? If yes, what:
		52. Has your partner ever messed with your birth control or tried to get you pregnant when you didn't want to be?
		53. Does your partner refuse to use condoms when you ask?
		54. Has your partner ever tried to force or pressure you to become pregnant when you didn't want to be?
		55. Are you afraid your partner will hurt you if you tell him you have an STI and he needs to be treated?
		56. Have you ever been physically or emotionally abused by your partner or someone important to you?
		57. Have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone in the past year or, if you're pregnant, since you've been pregnant?
		58. Has anyone forced you to have sex in the past year?
		59. Are you afraid of your partner?
		60. Have you ever been pregnant? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If yes, how many times: _____ Number of abortions or miscarriages: _____ Number of normal vaginal deliveries: _____ Number of c/sections: _____
		61. Have you ever had a complication with a pregnancy or birth? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If yes, what? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Toxemia <input type="checkbox"/> Premature Baby <input type="checkbox"/> Depression after giving birth <input type="checkbox"/> Other

62. Are you having sex? yes no If yes, do you have sex with: men women both oral vaginal anal

63. How many sex partners have you had within the last 12 months? _____

65. Any new sex partners within the past three months? **CLIENT LABEL**
 yes no

66. Do you use condoms? always sometimes never

67. Is it possible that any of your sex partners in the past 12 months had sex with someone else while they were still having sex with you? yes no

68. Do you or your partner(s) use IV drugs? yes no

69. Have you ever had an STI? yes no
 If yes, check all that apply: Chlamydia Gonorrhea (GC) Genital Warts Hepatitis B Hepatitis C
 Herpes HIV/AIDS Molluscum Syphilis
 Trichomoniasis (trich)

70. Are you adopted? yes no
 Do you know your family history? yes no

71. Have any of your relatives had any of the problems listed below? If yes, please list.

Yes	No	Diagnosis	Relative(s)	How old?
		Diabetes		
		Stroke		
		Heart Disease		
		Blood clots in lungs or legs		
		High blood pressure		
		High cholesterol		
		Hepatitis		
		HIV/AIDS		
		TB		
		Birth Defect		
		Alcohol or drug problems		
		Cancer		
		Mental illness/ depression		
		Alzheimer's (dementia)		
		Other		

Yes	No	Have you recently had any of the following?
		72. Lost weight
		73. Gained weight
		74. Felt very, very tired
		75. Gotten shorter

Yes	No	Do you have any of the following now?
		76. Fevers
		77. Trouble sleeping
		78. Frequent headaches
		79. Vision changes / Glasses/Contacts
		80. Earaches / Ringing in ears / Hearing problems
		81. Sinus / sore throat / mouth / teeth problems
		82. Chest pain or pressure
		83. Fast or irregular heartbeat
		84. Trouble breathing with light exercise / when resting
		85. Painful breathing /wheezing / spitting up blood / cough
		86. Problems with bowel movement / gas / nausea /vomiting
		87. Problems with urination

CLIENT LABEL

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____ Paciente No.: _____ F. Nac.: ___/___/___ Edad: _____

Sí	No	
		1. ¿Está tomando algún medicamento (medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, hierbas botánicas, vitaminas)? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?
		2. ¿Es alérgica a algún fármaco o medicamento o al látex? Si la respuesta es sí, ¿a cuáles?
		3. ¿Está usando algún método anticonceptivo? Si la respuesta es sí, ¿cuál? ¿Le causa este método algún problema?
		4. ¿Quiere cambiar su método anticonceptivo?
		5. ¿Quiere quedar embarazada en el futuro? Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> El año que viene <input type="checkbox"/> todavía no <input type="checkbox"/> no sé
Sí	No	¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones?
		6. Dolores de cabeza con migraña / Aura
		7. Convulsiones / epilepsia
		8. Problemas de tiroides
		9. Asma
		10. Enfermedad pulmonar/ TB (tuberculosis)
		11. Ataque cardíaco / Otra enfermedad del corazón
		12. Colesterol alto
		13. Presión arterial alta
		14. Derrame cerebral
		15. Coágulos sanguíneos
		16. Trastornos de coagulación
		17. Anemia (bajo nivel de hierro)
		18. Anemia de células falciformes / rasgo
		19. Problemas estomacales/ intestinales / GERD / hernia / úlcera
		20. Hepatitis / ictericia / problemas hepáticos
		21. Problemas de la vesícula biliar
		22. Problemas de la vejiga, incontinencia urinaria, problemas renales
		23. Prueba de Papanicolau anormal
		24. ¿Su madre tomó DES mientras estuvo embarazada de usted?
		25. Diabetes
		26. Lupus
		27. Cáncer
		28. VIH / SIDA
		29. Artritis
		30. Osteoporosis (fragilidad ósea)
		31. Trastornos alimenticios / depresión / ansiedad
		32. Otras
Indique las vacunas que ha recibido.		

33. <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> VPH — vacuna 1, vacuna 2, vacuna 3 <input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> Sarampión/paperas/rubéola (MMR) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Tétano/difteria (Td) <input type="checkbox"/> Hepatitis B — vacuna 1, vacuna 2, vacuna 3 <input type="checkbox"/> Otras:	
34. Edad cuando tuvo la menstruación por primera vez: Número de días entre períodos: Duración del período: ¿Piensa que sus períodos son intensos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Tuvo cambios recientes en sus períodos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Sí	No
	35. ¿Alguna vez estuvo internada una noche en el hospital?
	36. ¿Alguna vez tuvo una cirugía?
	37. ¿Está planeando una cirugía importante que requerirá reposo prolongado en la cama?
	38. ¿Alguna vez utilizó drogas ilegales? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?:
	39. ¿Usa drogas ilegales actualmente? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?:
	40. ¿Alguna vez fumó? Si la respuesta es sí, ¿Durante cuánto tiempo?:
	41. ¿Fuma actualmente? Si la respuesta es sí: Cuántos paquetes por día? ¿Durante cuántos años?
	42. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si la respuesta es sí: ¿Cuántas bebidas por día? Bebidas por semana: Tipo de bebida:
	43. ¿Algún cambio en su vida o situaciones de estrés? Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?
	44. ¿Está preocupada por su peso o hábitos alimentarios? Si la respuesta es sí, ¿por qué?:
	45. ¿Consumo una dieta sana?
	46. ¿Toma calcio?
	47. ¿Toma vitamina D?
	48. ¿Toma ácido fólico?
	49. ¿Hace ejercicio regularmente? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de ejercicio?
	50. ¿Usa el cinturón de seguridad?
	51. ¿Existen riesgos para su salud en su casa / trabajo / lugar de entretenimiento? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?:
	52. ¿Alguna vez su pareja manipuló sus anticonceptivos o trató de que usted quedara embarazada contrariamente a sus deseos?
	53. ¿Se niega su pareja a usar condones cuando usted se lo pide?
	54. ¿Alguna vez su pareja la forzó o presionó a quedar embarazada contrariamente a sus deseos?
	55. ¿Tiene miedo de que su pareja le haga daño si le dice que tiene una ITS y que necesita recibir

Initial History Form — Comprehensive II-A-6a Spanish/Revised June 2011

		tratamiento?	
		56. ¿Alguna vez fue abusada física o emocionalmente por su pareja o una persona importante en su vida?	
		57. ¿Alguna vez alguien la golpeó, le pegó una cachetada, la pateó o la lastimó físicamente de alguna otra manera durante el pasado año o, si está embarazada desde que está embarazada?	
		58. Durante el pasado año ¿la forzó alguien a tener sexo?	
		59. ¿Le tiene miedo a su pareja?	
		60. ¿Ha estado embarazada alguna vez? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?: _____ Número de abortos o abortos espontáneos: _____ Número de partos vaginales normales: _____ Número de cesáreas: _____	
		61. ¿Alguna vez tuvo alguna complicación con un embarazo o parto? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, ¿cuáles? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Preeclampsia / Toxemia <input type="checkbox"/> Bebé prematuro <input type="checkbox"/> Depresión post parto <input type="checkbox"/> Otras	
		62. ¿Está teniendo relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, tiene sexo con: <input type="checkbox"/> hombres <input type="checkbox"/> mujeres <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal	
		63. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____	
		65. ¿Alguna pareja sexual nueva en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		66. ¿Usa condones? <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca	
		67. ¿Es posible que alguna de sus parejas sexuales en los últimos 12 meses haya tenido sexo con otra persona mientras aún mantenía relaciones sexuales con usted? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		68. ¿Usted o su(s) pareja(s) usan drogas IV? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		69. ¿Alguna vez tuvo una ITS? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea (GC) <input type="checkbox"/> Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Molusco contagioso <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis (trich)	
		70. ¿Es adoptada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Conoce sus antecedentes familiares? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		71. ¿Alguno de sus parientes ha tenido alguna de las afecciones que se enumeran a continuación? Si la respuesta es sí, por favor mencione quién es el familiar.	
Sí	No	Diagnóstico	Pariente
		Diabetes	
		Derrame cerebral	
		Problemas del corazón	
		Presión arterial alta	
		Hepatitis	
		VIH/SIDA	
		Tuberculosis	
		Defecto de nacimiento	
		Problemas con el alcohol o las drogas	
		Cáncer	
		Enfermedad mental/depresión	
		Enfermedad de Alzheimer (demencia)	

		Otras:
Sí	No	¿Recientemente ha tenido alguno de los siguientes problemas?
		72. Pérdida de peso
		73. Aumento de peso
		74. Se sintió muy, muy fatigada
		75. Notó un cambio en su estatura
Sí	No	¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas?
		76. Fiebre
		77. Dificultad para dormir
		78. Dolor de cabeza frecuente
		79. Distorsiones visuales / Anteojos / Lentes de contacto
Sí	No	¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas?
		80. Dolor de oídos / zumbido en los oídos / Problemas auditivos
		81. Sinusitis / dolor de garganta / problemas en la boca / en los dientes
		82. Dolor o presión en el pecho
		83. Ritmo cardíaco rápido o irregular
		84. Dificultad para respirar cuando hace ejercicio ligero / cuando descansa
		85. Respiración dolorosa / respiración jadeante / escupió sangre / tos
		86. Problemas de evacuación intestinal / gases estomacales / náuseas / vómitos
		87. Problemas al orinar
		88. Períodos menstruales dolorosos
		89. Dolor al tener relaciones sexuales
		90. Secreciones vaginales anormales
		91. Debilidad muscular / dolor muscular o en las articulaciones
		92. Urticarias / llagas / acné / cambios en los lunares
		93. Dolor en los senos / secreciones del pezón / bultos en los senos
		94. Mareos
		95. Convulsiones / adormecimiento
		96. Depresión / llanto frecuente / ansiedad
		97. Pérdida del cabello
		98. Sensación de mucho frío o calor / sofocos
		99. Más sed que lo habitual
		100. Hematomas frecuentes / Heridas que no dejan de sangrar
		101. Glándulas inflamadas
		102. Alergias. Si la respuesta es sí, ¿cuáles? ¿reacciones?

CLIENT LABEL

Comentarios del personal (no escriba nada en este espacio)

[Empty box for comments]

Completé el formulario a mi mejor saber y entender y creo que la información es correcta.

Firma del cliente

Fecha

Firma del profesional

Fecha

Se revisó y actualizó la historia clínica con el cliente.

Firma del profesional

Fecha

Firma del profesional

Fecha

Firma del profesional

Fecha

CLIENT LABEL