

**Planned Parenthood  
Of Southwestern Oregon**

**Female Medical History – Confidential**

Today's Date: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**PERSONAL MEDICAL HISTORY**

This section applies to YOU only.

Yes No

- 1. High Blood Pressure
- 2. Heart Disease / Heart Attack
- 3. Stroke
- 4. High Cholesterol / Triglycerides
- 5. Blood Clots in Legs or Chest
- 6. Blood Clotting Disorder (diagnosed)
- 7. Anemia / Sickle Cell Anemia
- 8. Liver Problems (Hepatitis A, B, C or other)
- 9. Gall Bladder Problems Currently
- 10. Osteoporosis

Yes No

- 11. Diabetes / Diabetes in Pregnancy
- 12. Currently Breastfeeding / Lactating
- 13. Abnormal Breast Lump
- 14. Cancer Type: \_\_\_\_\_
- 15. Epilepsy / Seizures
- 16. Severe Depression
- 17. Kidney Disease / Kidney Infection
- 18. Bladder Infection
- 19. Severe Headaches / Migraine Headaches

Other medical problems, conditions or diseases? Describe: \_\_\_\_\_

Surgeries or been hospitalized?  Yes  No Reason and Date(s): \_\_\_\_\_

Vaccinated for: Mumps/Measles/Rubella  Yes  No Hepatitis B  Yes  No HPV (new 2006)  Yes  No

**MEDICATIONS:**

**Allergies** to any medications, metals or latex products?  Yes  No List: \_\_\_\_\_

Are you taking any prescription medication(s), vitamins, herbal remedies or over-the-counter drugs now?  Yes  No

If yes, please list: \_\_\_\_\_

**FAMILY MEDICAL HISTORY**

Are you adopted?  Yes  No

Yes No

- Has a parent, brother or sister had a heart attack or stroke before age 65?
- If you were born before 1972, did your mother take DES (hormones) while she was pregnant with you?

*This section applies to your mother, father, sisters, and brothers only (immediate family)*

Yes No

WHO

Yes No

WHO

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Cholesterol    | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Attack / Heart Surgery | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke              | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer of Breast or Ovary    | _____ |

Other significant immediate family history? \_\_\_\_\_

**SAFETY HISTORY**

**We are required by law to report physical or sexual abuse of a person under age 18.**

Yes No

- Are you currently or have you ever been sexually abused or sexually assaulted?
- Are you currently or have you ever been in a relationship where you were hurt, threatened, or made to feel afraid?
- Are you in an unsafe relationship now?

**BIRTH CONTROL UPDATE**

What method of birth control are you and your partner(s) using now? \_\_\_\_\_

Describe any problems you are having with your birth control method: \_\_\_\_\_

What method of birth control would you like to use? \_\_\_\_\_

**Check all birth control methods used either currently or in the past.**

NOW	PAST	NOW	PAST	NOW	PAST	NOW	PAST
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*\*\* **Please continue on reverse side → → →** \*\*\*\*\*

**STAFF ONLY**

**SOCIAL/SEXUAL HISTORY**

*Although these questions are personal, they are important to your healthcare. If you prefer, you can talk to your clinician about them.*

- Yes No
- Do you exercise regularly? If yes, Types of exercise: \_\_\_\_\_ Times per week: \_\_\_\_\_
  - Tobacco or cigarette use? Amount per day: \_\_\_\_\_ Number years of use: \_\_\_\_\_ If past use, quit date: \_\_\_\_\_
  - Alcohol use? Drinks per week: \_\_\_\_\_
  - Problem with alcohol presently or in the past?
  - Have you used injection, street or recreational drugs? List: \_\_\_\_\_
  - Have you had a sex partner that uses injection, street or recreational drugs? List: \_\_\_\_\_
  - Have you ever had a blood transfusion or other exposure to blood products such as unsafe tattooing, body piercing, sharing needles, etc.? If yes, when did it occur? \_\_\_\_\_
  - Have you ever exchanged sex for cash, drugs, housing, etc.?
  - Do you feel a sexual partner(s) has put you at risk for sexually transmitted infections, hepatitis B or HIV? If yes, why? \_\_\_\_\_
  - Do you have questions or concerns about sexuality issues such as sexual assault, sexual abuse, or sexuality problems that we can assist you with through information / referrals?

Age at first intercourse: \_\_\_\_\_ Have you had sex with:  Men  Women  Both  Not Sexually Active (Check all that apply)

If male partner(s), does he have sex with men?  Yes  No  Unknown

Sexual experience: Check all that apply:  Vaginal  Oral  Anal  Other \_\_\_\_\_

Number sex partner(s) in last 2 months? \_\_\_\_\_ Last 6 months? \_\_\_\_\_

Does your sexual partner have sex with other people?  Yes  No  Unknown

How often do you use condoms?  Always  Usually  Sometimes  Never

Have you ever had any of the following infections, and when?  Chlamydia \_\_\_\_\_  Gonorrhea \_\_\_\_\_

Herpes \_\_\_\_\_  HPV/Genital Warts \_\_\_\_\_  Pelvic Infection (PID) \_\_\_\_\_  Syphilis \_\_\_\_\_

**GYNECOLOGIC MEDICAL HISTORY**

*This section applies to you only.*

<u>Menstrual History</u>	<u>Pregnancy</u>	<u>Gynecological History</u>
Age periods began _____ Periods are: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Light <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Painful <input type="checkbox"/> Heavy First day of your last menstrual period? _____ Do you have a period about once a month? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, explain _____ _____ How many days do you usually bleed? _____ Do you have bleeding between periods? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes	Do you want to be pregnant in the future? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Undecided <b>Pregnancy History:</b> _____ Age at first pregnancy _____ Total number of pregnancies _____ Date of last pregnancy Outcome of last pregnancy: <input type="checkbox"/> Birth <input type="checkbox"/> Miscarriage <input type="checkbox"/> Abortion <b>Total Number of:</b> _____ Vaginal births _____ C-Section _____ Miscarriages _____ Stillbirths _____ Ectopic (tubal) _____ Abortions Complications and/or comments on your pregnancies _____	Date of last annual exam: _____ Date of last Pap test: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Have you ever had an Abnormal Pap Test? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date/result: _____ Follow-Up: ___ Colpo ___ Cryo ___ LEEP ___ Laser ___ Cone Biopsy HPV Test <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> NA Uterine tumors/abnormalities <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe _____ Gynecological surgery <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Describe _____ Mammogram <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date of last: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

Name (print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**STAFF ONLY**

Review Date: \_\_\_\_\_ FPA Signature: \_\_\_\_\_

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA PERSONAL

Esta sección aplica SOLAMENTE A USTED

- Sí No
1. Presión Sanguínea Alta
2. Ataque / Enfermedad Cardíaca
3. Embolia cerebral
4. Colesterol Alto / Triglicéridos
5. Coágulos de sangre en las piernas o el Pecho
6. Transtorno de Coágulo sanguíneo (diagnosticado)
7. Anemia / Anemia de células falciformes
8. Problemas del Hígado (Hepatitis A, B, C u otra)
9. Problemas de la vesícula Biliar
10. Osteoporosis

- Sí No
11. Diabetes / Diabetes en el embarazo
12. Actualmente, la lactancia materna / Lactancia
13. Del Pecho Anormal
14. Cáncer Tipo: \_\_\_\_\_
15. Epilepsia / Ataques Repentinos
16. Depresión Severa
17. Enfermedad/Infección del riñón
18. Infección de la Vejiga
19. Dolores de cabeza / Migrañas

¿Otros problemas médicos, condiciones o enfermedades? Describir: \_\_\_\_\_

¿Cirugías o ha estado en el hospital? Sí No Razon y fecha(s): \_\_\_\_\_

Vacunados para: Paperas / Sarampión / Rubéola Sí No La hepatitis B Sí No VPH (nuevo 2006) Sí No

MEDICACIONES:

Alergias: ¿Tiene alergia a ciertos medicamentos, metales o el latex? Sí No Cuáles: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento, actualmente, incluyendo los medicamentos herbales, recetados, no recetados, o vitaminas? Sí No En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

¿Está aprobado? Sí No

- Sí No
¿Ha tenido alguno de sus padres o hermanos un ataque cardíaco antes de los 65 años?
¿Si nació antes del año 1972, tomó su madre DES (hormonas) mientras estaba embarazada?

Esta sección aplica solamente a sus padres y hermanos (familia inmediata)

- Sí No QUIEN Sí No QUIEN
Colesterol Alto
Presión Sanguínea Alta
Embolia Cerebral
Diabetes
Ataque/Cirugías del Corazón
Cáncer de los Senos/Ovarios

¿Otra historia familiar importante? \_\_\_\_\_

HISTORIA DE SEGURIDAD

La ley requiere que Planned Parenthood reporte el abuso físico o sexual de cualquier persona menor de 18 años.

- Sí No
¿Ha sido alguna vez abusado o asaltado sexualmente?
¿Esta actualmente o has estado en una relación?
¿Está actualmente en una relación en la cual se siente inseguro?

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

¿Qué tipo anticonceptivo está usando con su pareja actualmente? \_\_\_\_\_

Describa cualquier problema que tienen con este método de anticonceptivo: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de anticonceptivo prefiere usar? \_\_\_\_\_

Check all birth control methods used either currently or in the past.

- AHORA PASACO AHORA PASACO AHORA PASACO AHORA PASACO
Píldoras DIU
Parche Implantes (Norplant/Implanon)
Anillo Vaginal Histerotomía
Inyección-Depo Esterización de la Mujer
Espuma / Esponja / Cine / Otros
Abstinencia Retiro
Diafragma Vasectomía
Tapa Cervical Condon Masculinos
Condon Femenino Ritmo/Fertilty Conciencia

\*\*\*\*\* Por favor, continúe en el reverso -> -> -> \*\*\*\*\*

SÓLO PERSONAL

**HISTORIA SEXUAL/SOCIAL**

*Sunque las siguientes preguntas son personales, son importante para evaluar su salud. Si prefiere, las puede discutir con las enfermera en vez de contestarlas aquí.*

- Sí No**
- ¿Hacer ejercicio con regularidad le? En caso afirmativo, los tipos de ejercicios: \_\_\_\_\_ Veces por semana : \_\_\_\_\_
  - ¿Tabaco o cigarrillos? importe por día: \_\_\_\_\_ Número de años de uso: \_\_\_\_\_ Si el pasado, fecha para dejar de fumar: \_\_\_\_\_
  - ¿El uso del alcohol? Bebidas por seman: \_\_\_\_\_
  - ¿Problema con el alcohol en la actualidad o el pasado?
  - ¿Utilizado la inyección, la calle o drogas recreativas ? Lista: \_\_\_\_\_
  - ¿Ha tenido una pareja sexual que utiliza la inyección, la calle o drogas recreativas Lista: \_\_\_\_\_
  - ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre o de otro tipo de exposición a los productos sanguíneos como inseguras tatuajes, body piercing, compartir agujas, etc.? En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_
  - ¿Alguna vez has intercambiado sexo por dinero, las drogas, la vivienda, etc.?
  - ¿Se siente una pareja sexual (s) que ha puesto en riesgo de infecciones de transmisión sexual, hepatitis B o el VIH? En caso afirmativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_
  - ¿Tiene preguntas o inquietudes sobre temas de sexualidad, tales como asalto sexual, abuso sexual, la sexualidad o / referencias?
- Edad del primer coito: \_\_\_ ¿Ha tenido relaciones sexuales con:  Hombres  Mujer  Ambos  No es sexualmente activo
- Si hombre (s), ¿tiene relaciones sexuales con otros hombres?  Sí  No  Desconocido (Marque todos los que se aplican)
- Experiencia sexual: Marque todos los que se aplican:  Vaginal  Oral  Anal  Otro \_\_\_\_\_

- ¿ Número de pareja sexual (s) en los últimos 2 meses? \_\_\_\_\_ ¿Últimos 6 meses? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su pareja sexual tienen relaciones sexuales con otras personas?  Sí  No  Desconocido
- ¿Con qué frecuencia utiliza los condones?  Siempre  Normalmente  Algunas veces  Nunca
- ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes infecciones, y cuándo?  Clamidia \_\_\_\_\_  Gonorrea \_\_\_\_\_
- Herpes \_\_\_\_\_  VPH / Verrugas genitales \_\_\_\_\_  Infección pélvica (PID) \_\_\_\_\_  Sífilis \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA GINECOLÓGICA**

**Esta sección se aplica sólo a usted.**

<u>Historia Menstrual</u>	<u>Embarazo</u>	<u>Historia Ginecológica</u>
Periodos de edad comenzó a _____ Períodos son: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Pesado Primer día de su último período menstrual? _____ ¿Tiene un período de aproximadamente una vez al? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, explique _____ ¿Cuántos días de sangrado por lo general? _____ Do you have bleeding between periods? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas veces	¿Quieres estar embarazada en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mejores <b>Historia del Embarazo:</b> _____ Edad del primer embarazo _____ Número total de embarazos _____ Fecha de la última embarazo <b>Desenlace del embarazo:</b> <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Aborto involuntario <input type="checkbox"/> Aborto <b>Número total de:</b> _____ Partos vaginales _____ Sección C _____ Abortos involuntarios _____ Stillbirths _____ Embarazo ectópico (tubárico) _____ Aborto Complicaciones y / o comentarios sobre su embarazo _____	Fecha del último examen anual: _____ Fecha de la última prueba de Papanicolau: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ¿Usted ha tenido siempre una prueba de Papanicolau anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha/Resultado: _____ Seguimiento: __ Colpo __ Cryo __ LEEP __ Laser __ Cone Biopsy Prueba del VPH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NA Los tumores uterinos / anomalías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describir _____ Cirugía ginecológica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describir _____ Mamograma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la última _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

Nombre (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**STAFF ONLY**

**Review Date:** \_\_\_\_\_ **FPA Signature:** \_\_\_\_\_

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

**Review Date:** \_\_\_\_\_  Med Hx Update(s) Reviewed

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

**Review Date:** \_\_\_\_\_  Med Hx Update(s) Reviewed

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

**Review Date:** \_\_\_\_\_  Med Hx Update(s) Reviewed

RN/Clinician Signature: \_\_\_\_\_

