

HA TENIDO SU MADRE, PADRE, HERMANA O HERMANO LO SIGUIENTE:

HISTORIAL FAMILIAR:

SI NO

- 48. Diabetes ¿Usa insulina? SI NO
- 49. Cáncer, especialmente de los senos, riñones, ovarios o intestinos
- 50. Nivel alto de colesterol o grasa en la sangre
- 51. Ataque al corazón, embolia, o coágulos de sangre
- 52. Huesos rotos después de los 35 años de edad u osteoporosis
- 53. Es adoptada, historial familiar desconocido
- 54. ¿Tomó 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

- 55. ¿Fuma? ¿Sí?, ¿cuántos cigarrillos al día? _____
- 56. ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Sí?, ¿con cuánta frecuencia/qué cantidad?
- 57. ¿Usted o sus compañeros toman o se inyectan drogas?
- 58. ¿Usted o sus compañeros comparten agujas de cualquier tipo?
- 59. ¿Ha recibido o quisiera recibir ayuda con problemas de alcoholismo o drogadicción?
- 60. ¿Le gustaría discutir problemas relacionados con una violación o con abuso emocional/físico/sexual?
- 61. ¿Está ahora o ha estado en una relación donde ha sido lastimada físicamente o amenazada, o alguna vez han abusado sexualmente de usted?

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a evaluar el riesgo que tiene de contraer cáncer cervical e infecciones transmitidas sexualmente (ETS).

62. Edad cuando tuvo su primera relación sexual: _____

SI NO

- 63. ¿Es usted sexualmente activa en la actualidad? Marque todo lo que aplique: Vaginal Ano Oral Otro
- 64. ¿Ha tenido más de un compañero sexual o uno nuevo durante el año pasado? Sus compañeros son: Hombres Mujeres Ambos
- 65. ¿Su compañero actual ha tenido compañeros sexuales del mismo sexo?
- 66. ¿Toma precauciones para no contraer enfermedades transmitidas sexualmente?
- 67. ¿Cree que alguno de sus compañeros sexuales la ha puesto en riesgo de contraer enfermedades transmitidas sexualmente o el VIH?
- 68. ¿Quiere que le hagan pruebas de laboratorio para saber si tiene enfermedades transmitidas sexualmente o el VIH?
- 69. ¿Tiene otras preguntas o preocupaciones acerca del sexo que quiera discutir durante esta visita?

SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

70. ¿Saben sus padres que vino a Planned Parenthood? SI NO

71. ¿Habla con sus padres acerca de temas sexuales? SI NO

HISTORIA REPRODUCTIVA

HA TENIDO:

SI NO

- 72. Reglas fuertes / cólicos
- 73. Sangrado entre reglas
- 74. Sangrado después de las relaciones sexuales
- 75. Dolor con las relaciones sexuales
- 76. Edad cuando tuvo su primer regla: _____

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

- 77. _____ Edad cuando tuvo el primer embarazo
- 78. _____ Número total de embarazos
- 79. _____ Número de partos teniendo un bebé vivo
- 80. _____ Número de abortos espontáneos
- 81. _____ Número de abortos
- 82. _____ Número de embarazos ectópicos
- 83. _____ Número de partos teniendo un bebé muerto
- 84. _____ Número de hijos que viven
- 85. _____ Número de partos por cesárea
- 86. _____ Fecha del último parto
- 87. _____ Fecha del último aborto
- 88. ¿Tuvo complicaciones durante sus embarazos? SI NO
- 89. ¿Tiene hijos con enfermedades genéticas (defectos de nacimiento)? SI NO

HISTORIAL ANTICONCEPTIVO

90. 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

- 91. ¿Usted o sus compañeros usan anticonceptivos? ¿Sí? ¿Cuáles métodos usan? _____
- 92. ¿Cuánto tiempo ha usado este método? _____
- 93. ¿Ha tenido problemas con este u otro método anticonceptivo?
- 94. ¿Planea salir embarazada el siguiente año?
- 95. ¿Quiere un método anticonceptivo el día de hoy? ¿Sí? ¿Cuál método? _____

CONSENTIMIENTO: Por medio del presente autorizo que mis beneficios del seguro médico (si es aplicable) se paguen directamente a Planned Parenthood of San Diego and Riverside Counties. Entiendo que seré responsable de pagar los cargos que no sean cubiertos por mi seguro médico. También autorizo a Planned Parenthood para que dé cualquier información que se requiera para procesar este cobro. Hasta donde yo sé, esta información esta completa y correcta. Aunque nuestra política es asegurar absoluta confidencialidad para nuestros pacientes, no podemos garantizar que las políticas de su seguro médico sean iguales. Si esto le preocupa, por favor pregúntenos acerca de otras formas de pago.

ADOLESCENT COUNSELING DONE

MID-LIFE COUNSELING DONE

FIRMA DE LA PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DE ENFERMERA NP/RN _____

FECHA _____

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 _____

12/14/06

NAME _____

CHART NUMBER _____