

HISTORIAL MÉDICO

Fecha de Hoy	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
--------------	--------	---------------------	------

¿Por qué ha venido aquí hoy? _____

Sí No

- ¿Está recibiendo cuidado médico con otro doctor?
¿Qué tipo?: _____
- ¿Tiene alergias a algunos medicamentos, metales, productos, anestésicos, o plásticos?

Enumérelas _____

- ¿Está tomando medicinas (incluyendo remedios caseros y vitaminas)?

Enumérelas _____

HISTORIA FAMILIAR

Sí No

- ¿Es adoptado?
- ¿Tomó su madre DES durante su embarazo (si nació antes del 1971)?
- Alguien en su familia madre, padre, hermanos o abuelos tienen:

Sí No

- ¿Quién?**
- Colesterol Alto [†] _____
- Diabetes [†] _____
- Presión Alta _____
- Cáncer (¿Qué tipo?) _____
- Ataques al Corazón (Antes de los 50 años) [†] _____
- Otra _____

HABITOS de SALUD

- Ocupación _____
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas a la semana? _____
- ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
- ¿Cuántas bebidas/comidas con cafeína al día? _____
- ¿Cuántas tazas de agua al día? _____
- ¿Cuántas veces come al día? _____

Marque todo que aplica

- Se examina los senos (mujeres) Ejercicio
- Se hace duchas vaginales (mujeres) Toma vitaminas de calcio
- Se examina los testículos (hombres)
- ¿Usa alguna droga? Presente Pasado ¿Qué clase?
- ¿Quiere ayuda con este problema? Sí No

HISTORIA SOCIAL

A qué edad tuvo su primera relación sexual: _____

Sí No

- Sexualmente Activa Anal Oral Vaginal
- Pareja Sexual Hombre Mujer Los Dos
- ¿Ha tenido más de una pareja sexual en el último año/cambio de pareja? [†]
- ¿Ha tenido relaciones sin método anticonceptivo desde su última regla? [†]

¿Hace cuánto tiempo está con su pareja sexual? _____

- ¿Usa condones con cada relación sexual?
- ¿Tiene problemas emocionales o con alguna relación?
- ¿Alguien la golpea, cachetea, pateo, o la lastima? *
- ¿Alguien la fuerza a tener relaciones sexuales? *
- ¿Le tiene miedo a su pareja o a otras personas? *
- ¿El alcohol o las drogas causan problemas en su vida?
- ¿Otras personas están preocupadas por sus problemas de alcohol/drogas?
- ¿Una pareja en el pasado que usó drogas intravenosas?
- ¿Una pareja con parejas múltiples?
- ¿Una pareja bisexual?

*En general, toda la información es confidencial. Para su seguridad y para la seguridad de otros, tenemos la responsabilidad de reportar abusos presentes o pasados.

REVISO de la SALUD

Sí No

- Es saludable generalmente
- Ha ganado o perdido peso recientemente
- Tiene tos o gripa frecuentemente.
- Cáncer
- Tiene condición genética
- La vacuna de la Rubéola/MMR
- La vacuna del Tétano
- La vacuna de la Hepatitis B
- La vacuna de la gripa/pulmonía
- Enfermedades del corazón/soplo/MVP [†]
- Colesterol alto/ triglicéridos [†]
- Presión alta [†]
- Coágulos de sangre/Flebitis [†]
- Ataque derrame cerebral [†]
- Dolores de cabeza con pérdida de visión, adormecimiento de la cara, aura [†]
- Adormecimiento/problemas sensoriales [†]
- Ataque epiléptico [†]
- Problemas del estómago/intestinales
- Problemas del hígado/Ictericia [†]
- Hepatitis/Mononucleosis [†]
- Enfermedad de la vesícula
- Diabetes [†]
- Problemas de la tiroides
- Asma
- Tos crónica/Tuberculosis
- Problemas de la respiración
- Frecuentes infecciones de la vejiga
- Problemas de la vejiga/los riñones
- Anemia
- Desorden de coágulos de sangre [†]
- Transfusión de sangre o exposición a sangre
- Sickle cell anemia o portador del gen[†]
- Acné
- Otros problemas de piel
- Huesos quebrados/fracturados
- Problemas de los ojos
- Problemas auditivos
- Frecuente sangrado de la nariz
- Frecuente dolor de la garganta
- Depresión [†]
- Ansiedad
- Cambios de humor drásticos
- Está bajo consejería
- Alguna cirugía
- Alguna hospitalización
- ¿Ha tenido unos de los siguientes?**
- Verrugas genitales/HPV
- Clamidia
- Trichomonas
- Herpes
- Gonorrea
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Sífilis

[†] Esas preguntas son importantes para evaluar su elegibilidad para el programa de Anticonceptivos Hormonales sin Examen Físico (HOPE)

Firma de Paciente	La Fecha de Hoy
Clinician Signature	Date

HISTORIAL MÉDICO PARA MUJERES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MENSTRUAL

Edad cuando empezó la regla: _____

Edad cuando paró: _____

† ¿Cuándo fue el primer día de su última regla? _____

† ¿Fue normal? _____

¿Tiene algún problema con su regla? _____

Las reglas son: Regular Irregular Dolorosas

El flujo es: Escaso Moderado Abundante

Tiene su regla cada _____ días. ¿Cuántos días sangra? _____

¿Tiene ahora o ha tenido en el pasado?

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Un papanicolaou que No es normal [†] |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le han dicho que su útero NO es normal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones vaginales frecuente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infección/dolor pélvico o Enfermedad Inflamatoria Pélvica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procedimiento de extirpación electro quirúrgica con láser |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de los senos/bolas/cirugías [†] |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está amamantando presente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está preocupada que esta embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está planeando un embarazo en el futuro? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene dificultad al embarazarse? |

STAFF NOTES

HISTORIA de EMBARAZOS

Historia de Embarazos:

¿Alguna vez se ha embarazado?

Número de Embarazos _____

Número de Nacidos _____ Fecha(s) _____

Número de Cesáreas _____ Fecha(s) _____

Número de Nacidos _____

Prematuros _____ Fecha(s) _____

Número de Abortos _____

Espontáneos _____ Fecha(s) _____

Número de Nacidos Muertos _____ Fecha(s) _____

Número de Embarazos _____

Ectópicos _____ Fecha(s) _____

Número de Abortos _____ Fecha(s) _____

Número de Niños _____ Edad(es) _____

¿Ha tenido unos de los siguientes problemas con un embarazo?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes de embarazo [†] | <input type="checkbox"/> Anormalidades genéticas |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Parto Prematuro |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

HISTORIA de ANTICONCEPTIVOS

MARQUE TODO QUE APLICAN

Presente Pasado

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pastillas (Nombre _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depo Provera (inyección de 3 meses) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lunelle (inyección de un mes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Condón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Coito Interrumpido |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Abstinencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dispositivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Espuma/Esponja vaginal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Esterilización (mujer) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> El ritmo/Natural |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Capuchón Cervical |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Condón de mujer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Norplant |

Su último examen/papanicolaou

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Comentarios o problemas con su método anticonceptivo:

¿Quiere un método anticonceptivo hoy?

¿Qué tipo? _____

Firma de Paciente

La Fecha de Hoy

Clinician Signature

Date