

Nombre: _____ Fecha: _____

ALERGIAS

- ¿Tiene alergias a algunos medicamentos incluyendo anestésicos? Si No
- ¿Tiene alergias a Latex? Si No
- ¿Tiene alergias a Yodo ó a mariscos? Si No

Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor escriba medicamento y el tipo de reacción:

MEDICAMENTOS

Lista de todos los medicamentos, drogas que está tomando o toma a menudo incluya medicamentos con receta, métodos anticonceptivos, medicamentos de venta sin receta, medicamentos a base de hierbas, vitaminas, minerales o suplementos:

Antecedentes médicos Ninguna condición médica pasada

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou que No es normal | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre/ Trombosis Venosa Profunda/ Embolia Pulmonar* | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado/tumores | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> ¿Tomó su madre DES durante su embarazo (solo si nació antes del 1971)? | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón/soplo/MVP/ Enfermedad Valvular Cardíaca | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Anemia Sickle Cell |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos/bolitas/ cirugías | <input type="checkbox"/> Enfermedades alimenticias | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica | <input type="checkbox"/> Trastorno de hemoglobina |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Síndrome de Ovario Poliquístico | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo recurrente |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿Qué tipo?) | <input type="checkbox"/> Fibriodios uterinos | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de sangre | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en los pulmones/ Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> ¿Le han dicho que su útero NO es normal? |
| <input type="checkbox"/> Ataque de derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Alargamiento de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio | |
| | | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Sífilis | |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | | |
- Otras condiciones médicas, incluidas las condiciones genéticas
- ¿Alguna hospitalización (s)? Si No

Antecedentes quirúrgicos pasados

Por favor anote cualquier cirugía (s) que haya tenido: _____

Diagnóstico historial de sus examens y pruebas

- ¿Ha tenido alguna vez una prueba de Papanicolaou? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____
- Si usted tiene más de 40 años de edad, conteste las siguientes preguntas:**
- ¿Se ha hecho alguna vez una mamografía? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____
- ¿Alguna vez ha tenido una prueba de detección de cáncer del colon? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____
- ¿Ha tenido alguna vez una prueba de detección de densidad ósea? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____
- ¿Ha hecho alguna vez un examen de colesterol? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____
- ¿Ha hecho exámenes de diabetes? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fueron normales? _____
- ¿Alguna vez has a tenido un examen para detección del cáncer de próstata? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Fue normal? _____

Historia Familiar

Si es ADOPTADO y no conoce la historia médica de su familia biológica, no conteste esta sección.

- | | | | |
|---|----------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | ¿Quien?: _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | ¿Quien?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer ¿Que tipo?: | ¿Quien?: _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | ¿Quien?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | ¿Quien?: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | ¿Quien?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | ¿Quien?: _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | ¿Quien?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | ¿Quien?: _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | ¿Quien?: _____ |

Historia de sus Vacunas

Revise las inmunizaciones / vacunas que ha tenido:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> VPH | <input type="checkbox"/> Meningocócica | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> MMR/Rubella | <input type="checkbox"/> Neumocócica | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Otras , por favor especifique: _____ | | | |

Historia de los Anticonceptivos

- ¿Está usando un método anticonceptivo ahora? Si No Si marco Si, ¿Qué método? _____
- ¿Desea un método anticonceptivo hoy? Si marco si, ¿Qué método? _____
- ¿Algun problema con su metodo anticonceptivo actual? Si No Si marco si, explique: _____
- ¿Ha tenido algún problema con otros métodos anticonceptivos? _____
- ¿Usted o su pareja planea un embarazo para el próximo año? Si No

HISTORIA MENSTRUAL - Sólo para mujeres

- No tengo periodos todavía Pasando por la menopausia ahora
- Después de la menopausia: Hace _____ meses/años desde el último período (pase a la siguiente sección)
- ¿A qué edad comenzaron sus períodos menstruales? _____
- ¿Con qué frecuencia tiene su período? Menos de 28 días Cada 28 días Más de 28 días
- Sus períodos son: ¿Regulares? ¿Irregulares?
- ¿Cuántos días por lo general dura su periodo? _____ Como es el flujo: Ligeros Moderados Fuertes
- Antes de su período usted siente: Hinchazón Problemas intestinales Ccambios emocionales Dolor de cabeza

HISTORIA DE EMBARAZO - Sólo para mujeres

- Nunca**
- Total de embarazos _____ Nacimientos _____ Abortos Espontaneos _____ Abortos _____
- Embarazo ectópico / trompas _____ Cesáreas _____ Edad en el primer embarazo _____
- Edad en el último embarazo _____
- Número de hijos vivos _____ ¿Esta dando pecho ahora? Si No
- ¿Tuvo algún problema antes o despues del nacimiento de sus hijos/o del aborto/s? Si No
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en sus embarazos:
- Diabetes gestacional Anormalidades Genéticas
- Presión alta Parto prematuro

HISTORIAL SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer personales pero nos ayudan a evaluar su salud. Toda su información es confidencial.

- ¿Que edad tenia cuando tuvo relaciones sexuales la primera vez? _____
- NO he tenido relaciones sexuales todavia
- ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en su vida? _____
- ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en el ultimo año? _____
- ¿Ha tenidorelaciones sexuales con alguien nuevo enel ultimo año? Si No
- Sus parejas sexuales son: Hombres Las mujeres Ambos
- ¿Su pareja es monógama (sólo tiene relaciones sexuales con usted)? Si No No lo sé
- Su pareja tiene relaciones sexuales con: Hombres Las Mujeres Ambos No lo sé
- Sus relaciones sexuales son(marque lo que corresponda): Vaginales Orales Anales Otra: _____
- ¿Usa condones? Siempre a veces nunca
- ¿Ha estado expuesto/a a una infección de transmisión sexual? Si _____ No No lo sé
- ¿Su pareja ha tenido algun sintomas de infeccion en los últimos 60 días? Si _____ No No lo sé

- ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que tiene otras parejas, comparte agujas, o es un hombre que tiene sexo con otros hombres?
 ¿Alguna vez has compartido agujas (en tatuajes, uso de drogas intravenosas, etc)? Si _____ No
 ¿Recibió una transfusión de sangre antes de 1985? Si _____ No

ABUSO DE SUSTANCIAS

- ¿Actualmente usa drogas, recreativas o intravenosas? Si No No Si es así, ¿Qué tipo? _____
 ¿Fuma cigarrillos? Si No Ya no Si es así, ¿Cuántos y con qué frecuencia? _____
 ¿Utiliza otros tipos de tabaco? Si No Si es así, ¿Qué y con qué frecuencia? _____
 ¿Bebe alcohol? Si No Si es así, ¿Cuántos y con qué frecuencia? _____
 ¿Siente que tiene un problema con las drogas o el alcohol? Si No ¿Por qué? _____

ESTILO DE VIDA / desafíos / APOYO

- ¿Cualquier inquietud con respecto a su peso o manera de comer? Si No Si es así, ¿Quién? _____
 ¿Ha sido víctima de abuso sexual, físico o emocional? Si No
 ¿Está siendo forzado/a a hacer algo contra su voluntad? Si No Si es así, ¿cómo? _____
 ¿Tiene un buen sistema de apoyo? Si No Si es así, ¿Quién? _____
 ¿Tiene una dieta saludable? Si No ¿Hace ejercicio regularmente? Si No
 ¿Trabaja? Si No Si es si: Tiempo Completo Medio Tiempo Estudiante: Si No
 ¿Alguien ha tratado de hacerla quedar embarazada cuando no quieres estarlo? Si No
 ¿Alguien ha hecho difícil el uso o escondido sus métodos anticonceptivos? Si No
 ¿Su pareja se niegan a usar condones cuando usted se lo pide? Si No

Revisión de los sistemas

Marque lo siguiente si tiene alguno de estos síntomas AHORA, o si los padese muy SEGUIDO:

Constitucional

- Si No Mi salud es generalmente buena
 Si No Aumento de peso (sin explicación, más del 20% el año pasado)
 Si No Pérdida de peso (sin explicación, más del 20% el año pasado)
 Si No Sudoración nocturna / sofocos / fiebre / escalofríos
 Si No Fatiga / letargico(a) / malestar

Respiratorias

- Si No Tos crónica
 Si No Resfriados frecuentes
 Si No Dificultad para respirar

Cardio/Cerebrovascular

- Si No Dolor de pecho
 Si No Palpitaciones / pulso cardiaco irregular
 Si No Hinchazón/ edema
 Si No Síncope / desmayos

Genitourinario - SOLO MUJERES

- Si No Dolor al orinar / disuria
 Si No Pérdida de orina / incontinencia
 Si No Frecuencia urinaria
 Si No Dolor durante el coito u otros
 Si No Sangrado vaginal NO normal
 Si No Flujo vaginal
 Si No Comezón vaginal
 Si No Dolor pélvico
 Si No Períodos dolorosos / Dismenorrea

Genitourinario - HOMBRES SOLAMENTE

- Si No Dolor al orinar / Disuria
 Si No Pérdida de orina
 Si No Frecuencia urinaria
 Si No Vacilación
 Si No Disminución del chorro
 Si No Secreción uretral
 Si No Dolor en el flanco
 Si No Dolor en la ingle
 Si No Dolor en los testículos
 Si No Eyaculación precoz
 Si No Disfunción eréctil
 Si No Ejaculación/

Gastrointestinales

- Si No Dolor abdominal
 Si No Estreñimiento
 Si No Diarrea
 Si No Náuseas / vómitos
 Si No Sangrado rectal

Piel / Seno

- Si No Acné
 Si No Erupción/Salpullido
 Si No Lesión de piel
 Si No Bolitas en los senos
 Si No Dolor de senos
 Si No Secreción salir de los senos

Endocrino

- Si No Intolerancia al frío o al calor
 Si No Hambre excesiva, sed o la micción

Neurológicas

- Si No Mareos
 Si No Dolor de cabeza
 Si No Alteraciones visuales
 Si No Debilidad

Psiquiátricos

- Si No Poco interés o placer en hacer las cosas
 Si No Se siente triste, deprimido o sin esperanza
 Si No Con ganas de suicidarse
 Si No Esta viendo a un terapeuta o psiquiatra

Firma del cliente Fecha

RHS Signature Date

Clinician Signature Date

Any changes in the past year?
 No
 Yes

Clinician Signature Date