

# Planned Parenthood

Surgical Health Services of North Texas, Inc.

## HISTORIA MEDICA FEMENINA

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Generalmente, toda la información de este formulario es confidencial. Por ley, y para su seguridad y la de otros, estamos obligados a informar de los abusos sexuales infantiles pasados y presentes.\*

### Favor de escribir en letras de molde:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha/Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Status Matrimonial:  Casada  No casada  Otro

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Ingresos Semanales: \_\_\_\_\_ # de personas que mantienen: \_\_\_\_\_

¿Si tuviéramos que llamarle, podemos decir Planned Parenthood?  Sí  No Nombre Clave: \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia, a quien llamamos? Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ ¿Sabe esta persona que Ud. esta aqui hoy?  Sí  No

### ¿POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS?

Enumere las medicinas que está tomando: \_\_\_\_\_

Enumere los problemas médicos tratados por un doctor: \_\_\_\_\_

¿Generalmente donde recibe cuidados médicos? \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen pélvico, Pap: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

¿Ud. fuma?  Si  No ¿Cuanto? \_\_\_\_\_

¿Está usando drogas?  Si  No Si, si describa: \_\_\_\_\_

¿Ud. toma bebidas alcohólicas?  Si  No Si, si describa: \_\_\_\_\_

¿Ud. ha tomado bebidas alcohólicas o usado drogas durante las ultimas veinte-cuatro horas? Si  No

¿A qué hora fue la ultima vez que Ud. tuvo algo de tomar o comer? \_\_\_\_\_

Ud. tiene ALERGIA a la: Penicilina  Si  No Tetraciclina  Si  No

Sulfa  Si  No Eritromicina  Si  No

Metales  Si  No Novacaína  Si  No

Enumere cualquier otras alergias? \_\_\_\_\_

Enumere sus operaciones pasadas (incluyendo operación cesaria): \_\_\_\_\_

Enumere sus hospitalizaciones (incluyendo las fechas en que dió a luz): \_\_\_\_\_

Enumere cualquier incapacidad: \_\_\_\_\_

### ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGO DE LO SIGUIENTE? (Marque Si o No)

Si	No	
_____	_____	Examen de Pap anormal/resultado _____ (Abnormal Pap/result)
_____	_____	Críocirugía, conización (Cryosurgery, conization, LEEP)
_____	_____	Laparoscopia (Laparoscopy)
_____	_____	Enfermedades Inflamatorias Pélvicas (Pelvic Inflammatory Disease)
_____	_____	Clamidia (Chlamydia)
_____	_____	Gonorrea (Gonorrhea)
_____	_____	Sifilis (Syphilis)
_____	_____	Herpes(Herpes)
_____	_____	VIH (HIV)
_____	_____	Verrugas genitales (condiloma) (genital warts-Condyloma)
_____	_____	Enfermedades fibrocísticas del seno (Fybocystic breast disease)
_____	_____	Bultos en los senos, cirugía en los senos (Breast mass, breast surgery)
_____	_____	Quistes en los ovarios (Ovarian Cysts)



## HISTORIA MENSTRUAL:

El primer día de su último periodo (LMP): \_\_\_\_\_  
Edad en que comenzó a tener la menstruación (Age period began): \_\_\_\_\_  
¿Fue normal su último periodo? (Normal?): \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Si no, explique (If no, explain): \_\_\_\_\_  
¿Con que frecuencia tiene la menstruación? (How often do you have periods?): \_\_\_\_\_  
¿Por cuántos días?(Days of flow): \_\_\_\_\_ Su flujo es (Amount): Escaso(Light): \_\_\_\_\_  
Moderado(Moderate): \_\_\_\_\_ Abundante(Heavy): \_\_\_\_\_  
¿Tiene cólicos durante el periodo?(Cramps?): \_\_\_\_\_ Sí (Yes) \_\_\_\_\_ No  
¿Está tensa antes tener la menstruación: (Premenstrual tension?): \_\_\_\_\_ Sí (Yes) \_\_\_\_\_ No  
¿Sangra o mancha entre periodos? (Bleeding, spotting between?): \_\_\_\_\_ Si (Yes) \_\_\_\_\_ No

## HISTORIA DE EMBARAZOS:

Ha tenido una prueba de embarazo positiva? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Ha tenido sangre o manchas desde que tuvo la prueba positiva de embarazo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Si es que sí? Cuando? \_\_\_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_  
Número de embarazos (Pregnancies): \_\_\_\_\_ Número de Abortos (Abortions): \_\_\_\_\_ Número de fetos muertos (Stillbirths): \_\_\_\_\_  
(Número de cesáreas (C-Sections): \_\_\_\_\_ Número de Nacimientos vivos (Live births): Número de prematuros (premature) \_\_\_\_\_ Número de abortos espontáneos (Miscarriages): \_\_\_\_\_  
¿Está dando pecho ahora? (Breast feeding?) \_\_\_\_\_ Sí(Yes) \_\_\_\_\_ No  
Edad de los niños: \_\_\_\_\_  
¿Complicaciones con partos? (Problems with deliveries): \_\_\_\_\_ Sí (Yes) \_\_\_\_\_ No  
Si si, explique (If yes, explain): \_\_\_\_\_  
¿Algún embarazo del topo del hydatidiform? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
¿Si su echo revela que Ud. tiene un embarazo multiple, quire Ud. que le informamos? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

## HISTORIA CONTRACEPTIVA/ SEXUAL:

Método actual (Current birth control): \_\_\_\_\_  
¿Por cuánto tiempo? (How long?): \_\_\_\_\_ ¿Algún problema?(Any problems?): \_\_\_\_\_  
¿Desea cambiar de método? (Change methods?): \_\_\_\_\_ Sí(Yes)\_ No  
¿Que otros metodos le interesan? (What other methods?): \_\_\_\_\_ Métodos anticonceptivos usados anteriormente. (Prior birth control methods): \_\_\_\_\_  
Años de uso (Years used): \_\_\_\_\_ ¿Tuvo problemas? (Any problems?): \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido un nuevo compañero sexual durante los pasados seis meses (New sexual partner(s) within the past six months?): \_\_\_\_\_ Sí No \_\_\_\_\_  
Tiene (ahora) más de un compañero sexual? (More than one sexual partner?) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### Todos los pacientes de 16 años o menos tienen que completar la siguiente seccion:

Planned Parenthood of North Texas requiere reportar a la ley local de cualquier paciente menos de 17 años que es activo sexualmente con una pareja que tiene tres años mas que el paciente. Por eso nosotros exigimos preguntarle la edad de su pareja. Favor de indicar la edad de su pareja \_\_\_\_\_.

Enfrentar asuntos personales solo o con otros puede resultar difícil. Si quisiera discutir sus preocupaciones sobre la comunicación con su compañero, sus padres o alguien más, por favor háganoslo saber.

Yo certifico que he repasado y he puesto al día mis historias de médico, ginecología, familia, embarazos, y contracepción y que están corectas según mi leal saber y entender. Yo entiendo que cualquiera omisión o má representación de las historias antes mencionadas pueden tener un efecto adverso a mi salud y que estoy de acuerdo de no hacer responsable a Planned Parenthood por cualesquiera consecuencias adversas a mi salud que pueden resultar por estas omisiones o má representaciones.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Historia repasada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Titulo