Planned Parenthood of Central North Carolina, Inc. ~ Toll Free 1-866-942-7762

Chapel Hill Health Center	Durham Health Center	Fayetteville Health Center
1765 Dobbins Drive	105 Newsom Street, Suite 101	4551 Yadkin Road
Chapel Hill, NC 27514	Durham, NC 27704	Fayetteville, NC 28303

Historial Médico Completo

Nombre:	**Nombre preferido:**	**Fecha:**
No. de Paciente:	**Fecha de Nacimiento:**	**Edad:**

Estoy aquí hoy porque:
□ Mujer □ Hombre □ Transgénero --- Pronombre preferido:_____ □ Se identifica como:_____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

□ Sí □ No	¿Recibe actualmente algún tratamiento para una enfermedad o condición médica? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Recibe actualmente la atención de un proveedor de cuidado primario o un/a médico/a de familia?
□ Sí □ No	¿Ha tenido alguna enfermedad seria? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Alguna vez estuvo hospitalizado/a? Descríba:
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha tenido cáncer de ovarios o de seno, carcinoma lobular in situ, hiperplasia atípica o radiación del pecho para el tratamiento de la enfermedad? **BRSQ**
□ Sí □ No	**¿Alguna vez ha tenido un coágulo sanguíneo (de cabeza/corazón/pulmones/piernas)?**
□ Sí □ No	**¿Tiene algún trastorno de coagulación o hemorrágico?**
□ Sí □ No	**¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral o problemas similares?**
□ Sí □ No	**¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón o dolor en el pecho?**
□ Sí □ No	**¿Alguna vez ha tenido problemas del hígado (hepatitis, un tumor u otros)?**
□ Sí □ No	¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o ha estado expuesto/a a productos sanguíneos?
□ Sí □ No	**¿Usa tabaco?** En caso afirmativo, ¿por cuántos años? ____ Si fuma, ¿cuántos al día?_____ □ ¿Tabaco de mascar?
□ Sí □ No	¿Padece de dolores de cabeza por tensión o estrés?
□ Sí □ No	**¿Padece de migrañas?** Migrañas son dolores de cabeza fuertes que se repiten y que pueden provocar náuseas y sensibilidad a la luz.
□ Sí □ No	**Si padece de migrañas, ¿ha tenido cambios en la visión que** □ empiecen antes de los dolores □ duren hasta una hora □ se quiten antes de que empiecen los dolores
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha tenido un trastorno de la alimentación? Si sí, por favor indique □ ahora □ en el pasado
□ Sí □ No	¿Padece de sudoración nocturna o de sofocos?
□ Sí □ No	¿Toma alcohol? Si sí, ¿cuántas bebidas por semana?
□ Sí □ No	¿Usa drogas? ¿De qué tipo?:
□ Sí □ No	¿Causa(n) problemas en su vida el alcohol o las drogas? ¿Se preocupan otras personas por su consumo de alcohol o drogas?
□ Sí □ No □ Sí □ No	¿Actualmente toma alguna medicina de receta, de venta libre o herbaria? Favor de anotar: ¿Toma una vitamina múltiple diaria que contenga ácido fólico?
□ Sí □ No	¿Tiene alergia a algún medicamento, látex u otra sustancia, incluyendo la anestesia local? Favor de anotar:
□ Sí □ No	¿Ha tenido alguna cirugía? Favor de describir:
□ Sí □ No	¿Es transexual? Pronombre preferido: □ Él □ Ella □ Se identifica como:
□ Sí □ No	¿Padece del prolapso de la válvula mitral o un soplo del corazón?
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta o alto de colesterol?
□ Sí □ No	¿Padece de tos crónica u otro problema de la respiración/asma?
□ Sí □ No	¿Padece de problemas del estómago o del intestino?
□ Sí □ No	¿Tiene problemas con infecciones periódicas del tracto urinario, infecciones de los riñones o escapes de la vejiga?
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual? Indique el tipo: □ Clamidia □ Gonorrea □ Verrugas genitales/PVH □ Herpes □ Sífilis □ EPI □ VIH/SIDA □ Tricomoniasis
□ No, gracias	Planned Parenthood recomienda a todos nuestros clientes que se hagan la prueba de VIH cada año. Podemos hacer una prueba rápida usando sangre de una punción del dedo. Si prefiere **NO** hacerse esta prueba hoy, favor de marcar la casilla a la izquierda.
□ No, gracias	Planned Parenthood recomienda a todos nuestros clientes de 25 años o menos que se hagan la prueba de clamidia cada año. Podemos hacer una prueba de orina si no está aquí para un examen completo. Si prefiere **NO** hacerse esta prueba hoy, favor de marcar la casilla a la izquierda.
□ Sí □ No	¿Tiene comezón fuera de lo común, llagas o protuberancias genitales?
□ Sí □ No	¿Tiene problemas con el deseo sexual o líbido?
□ Sí □ No	¿Ha tenido ataques repentinos/epilepsia?
□ Sí □ No	¿Alguna vez le han dado tratamiento por depresión?
□ Sí □ No	Durante el último mes, ¿ha sentido poco interés, placer en hacer las cosas, depresión, desesperación o ansiedad?
□ Sí □ No	¿Tiene problemas con la tiroide?
□ Sí □ No	¿Tiene diabetes? Si sí, ¿cuándo se la diagnosticaron?
□ Sí □ No	¿Tiene anemia?
□ Sí □ No	¿Tiene defectos de nacimiento o problemas genéticos?
□ Sí □ No	¿Tomó su mamá DES cuando estaba embarazada de usted? (sólo si nació antes de 1971)
Vacunas (indique las que ha recibido)	
□ Hepatitis A □ Hepatitis B □ inyección 1 □ inyección 2 □ inyección3 □ No sé □ vacuna de PVH □ inyección 1 □ inyección 2 □ inyección3 □ Sarampión/paperas/rubéola □ Difteria/tétanos	

Nombre:	**No. de Paciente:**
Historia familiar	¿Es adoptada? □ Sí □ No
¿Algún miembro de su familia biológica (padres, hermanos/as) ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Si sí, indique qué pariente.	
□ Sí □ No	Diabetes
□ Sí □ No	Enfermedad del corazón/ataques del corazón/derrame cerebral antes de los 50 años
□ Sí □ No	Colesterol alto
□ Sí □ No	Problemas genéticos
□ Sí □ No	Cáncer. En caso afirmativo, favor de describir:
□ Sí □ No	¿Algún pariente de sangre ha tenido cáncer de seno u ovarios? **BRSQ**
□ Sí □ No	Coágulos sanguíneos o trastornos de coagulación
□ Sí □ No	Otro:
Historia sexual	□ No está sexualmente activa
Pareja(s) sexual(es): □ Hombres □ Mujeres □ Ambos	
Sexualmente activa: □ Anal □ Oral □ Vaginal	
□ Pareja sexual nueva en los últimos 6 meses	□ Su pareja tiene otra(s) pareja(s) sexual(es) actualmente
□ Tuvo sexo desde su último periodo sin usar anticonceptivos/condones (si se aplica)	□ Mi pareja usa o ha usado drogas inyectables
Historia Anticonceptiva □ No es necesario un método de control natal porque_____ (continúe a la siguiente sección)	
Método actual de anticoncepción:	¿Por cuánto tiempo lo ha usado?
¿Ha tenido problemas con este método? Si sí, por favor descríbalos:	
¿Qué método quisiera usar ahora?	
¿Qué tipos de anticonceptivos ha usado en el pasado? Favor de anotar cualquier problema:	
Historia Social La ley requiere que Planned Parenthood reporte a las agencias apropiadas casos de abuso o negligencia infantil o intenciones suicidas.	
□ Sí □ No	¿Ha tenido recientemente mucho estrés o un cambio importante en su vida?
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha abusado de usted física o emocionalmente su pareja o alguna persona importante en su vida?
□ Sí □ No	En el último año, ¿alguien la ha abofeteado, pegado o de otra forma lastimado físicamente?
□ Sí □ No	En el último año, ¿alguien la ha obligado a tener relaciones sexuales?
□ Sí □ No	¿Tiene miedo de su pareja o de las personas mencionadas arriba?
Para mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres:	
□ Sí □ No	¿Alguna vez ha escondido o destruido su pareja su método anticonceptivo?
□ Sí □ No	¿Se niega a usar condón su pareja cuando se lo pide?
□ Sí □ No	¿Alguna vez la ha tratado de obligar o presionar su pareja a tener relaciones sexuales o embarazarse cuando usted no quería hacerlo?
Favor de indicar su respuesta con un círculo: En el último año, mi pareja me amenazó o me asustó: nunca, casi nunca, a veces, a menudo En el el último año, mi pareja me pegó, me abofeteó o me lastimó físicamente a propósito: nunca, casi nunca, a veces, a menudo	
Historial de salud reproductiva (anatomía masculina)	
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Alguna vez ha tenido una cirugía inguinal, escrotal o una vasectomía?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Alguna vez ha tenido una infección de la piel del escroto?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Tiene pus en el pene o ardor al orinar?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Tiene cambios en los testículos o glándulas inflamadas?
Historial de salud reproductiva (anatomía femenina)	
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Tiene fibroides uterinos, quistes en los ovarios o anormalidades del útero?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Tiene una bolita en el seno o secreción del pezón?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Padece de dolor pélvico?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Padece de dolor o sangrado con el sexo? ¿Otros problemas sexuales?
□ Sí □ No □ No se aplica	¿Tiene flujo vaginal anormal?
¿Cuándo se hizo su último examen de papanicolau? Resultados: □ Normales □ Anormales □ Nunca he tenido un papanicolau	
□ Sí □ No	¿Ha tenido un papanicolau anormal? Favor de describir:
Historial de embarazos (anatomía femenina) □ No se aplica (continúe a la siguiente sección) □ Nunca me he embarazado □ Estoy embarazada, número de semanas:	
# total de embarazos _____ # de hijos/as vivos/as_____ # de cesáreas _____ # de abortos _____ Fecha del último embarazo: _____	# de abortos espontáneos _____ Edades de hijos/as_____ # de partos vaginales_____ Complicaciones: _____ ¿Está amamantando? □ Sí □ No
□ Sí □ No	¿Ha tenido un embarazo ectópico?
□ Sí □ No	¿Está planeando un embarazo durante el próximo año?
Historia de la menstruación: □ No se aplica (continúe a la siguiente sección)	□ Ya no tengo reglas
Primer día de su última menstruación:	¿Fue normal? □ Sí □ No Edad en la que empezó a menstruar:
Su periodo es: □ Regular □ Irregular	Tiene el periodo cada_____ días y duran _____ días
Tiene cólicos: □ Fuertes □ Moderados □ Tolerables □ No tiene cólicos	El sangrado es: □ Fuerte □ Moderado □ Ligero

A mi leal saber y entender, la información arriba mencionada es completa y correcta. Este formulario es válido por dos años.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Esta información de salud fue revisada y confirmada con el cliente.

Firma del clínico _____ Fecha _____

(Este formulario caduca dos años después de la fecha en que fue firmado por el paciente y el clínico).