

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente Núm.: \_\_\_\_\_

PPII le ofrece servicios a muchas mujeres de diversas características. Intentamos que este formulario sea lo más completo posible. Entendemos que algunas de las preguntas no aplican en el caso de las circunstancias particulares de cada mujer. Toda la información que usted nos da se mantiene confidencial.

**ANTICONCEPTIVOS:** Por favor indique todos los métodos anticonceptivos que usted ha usado:  La píldora  Inyección Depo  
 Parche  Anillo Nuva  DIU-Dispositivo intrauterino/SIU-Sistema intrauterino  Condomes  Esterilización  
 Diafragma  Eyacular por fuera de la vagina  Lunelle  Esponja  Conocimiento de la fertilidad  Implanon  
 Norplant  Otro método \_\_\_\_\_

<p><b>Menstruación</b></p> <p>Edad a la que comenzó usted su menstruación: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia tiene usted su menstruación? _____</p> <p>¿Cuántos días le dura la menstruación? _____</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Su última menstruación fue normal?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Le dan cólicos fuertes?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Le faltó su menstruación algún mes?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Sangró entre una menstruación y la siguiente?</p> <p>Por favor describa cualquier problema que haya tenido en cuanto a su menstruación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Le ha resultado anormal su prueba Papanicolaou alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál fue la fecha de su última prueba Papanicolaou?</p> <p>____ / ____ / ____</p>	<p><b>Embarazos</b> <input type="checkbox"/> Nunca he estado embarazada (No llene esta sección)</p> <p>Edad del primer embarazo : _____</p> <p>Número de embarazos en total: _____</p> <p>Hijos vivos: _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Dates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abortos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abortos espontáneos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Partos de fetos muertos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Partos por cesárea</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Embarazos ectópicos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nacimientos de niños vivos</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Anormalidades genéticas</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Condición: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Diabetes gestacional?</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>¿Le está dando usted pecho a su niño actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dates	Abortos	_____	Abortos espontáneos	_____	Partos de fetos muertos	_____	Partos por cesárea	_____	Embarazos ectópicos	_____	Nacimientos de niños vivos	_____	Anormalidades genéticas	_____	Condición: _____		¿Diabetes gestacional?	_____	¿Le está dando usted pecho a su niño actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dates																						
Abortos	_____																						
Abortos espontáneos	_____																						
Partos de fetos muertos	_____																						
Partos por cesárea	_____																						
Embarazos ectópicos	_____																						
Nacimientos de niños vivos	_____																						
Anormalidades genéticas	_____																						
Condición: _____																							
¿Diabetes gestacional?	_____																						
¿Le está dando usted pecho a su niño actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																							

**Alergias**

(Por favor haga una lista de todas sus alergias que incluya alergia a cualquier medicamento, metal, alergia de la piel o sustancias que le irritan la piel)

\_\_\_\_\_  No tengo alergias

**Antecedentes familiares**

Soy hija adoptiva (no llene esta sección si desconoce los antecedentes médicos de su familia biológica)

¿Hay algún miembro de su familia inmediata que haya tenido alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones?

Si respondió que sí, indique quién: padre, madre, hermano o hermana.

Diabetes \_\_\_\_\_ Problemas de salud mental \_\_\_\_\_  
 Colesterol elevado \_\_\_\_\_ Derrame cerebral \_\_\_\_\_  
 Ataque cardíaco/cirugía cardíaca \_\_\_\_\_ Presión arterial alta \_\_\_\_\_  
 Cáncer del seno/útero/cerviz/de los ovarios \_\_\_\_\_

¿La madre suya tomó hormonas (DES o "dietilestilbestrol") cuando estaba embarazada con usted?  Sí  No  No sé

**Historial médico anterior**

¿Le han hecho a usted alguna cirugía o la han internado en algún hospital?  Sí  No Por qué motivo y en qué fechas:

¿Está usted actualmente, o ha estado en el pasado, bajo tratamiento médico por una enfermedad o condición seria?  Sí  No  
 Por qué y en qué fechas: \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier medicamento o droga que usted esté tomando actualmente, o que toma con frecuencia, incluyendo los medicamentos que no requieran de receta, medicamentos herbales y vitaminas:

¿Recibe usted atención médica en algún otro sitio?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**Historial Sexual**

¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

Indique el género de su(s) compañero(s) o compañera(s)  hombre  mujer  hombres y mujeres

¿Cuánto tiempo tiene usted en la relación con su/s compañero/a/s actual/es? \_\_\_\_\_

¿Con cuántas personas está usted teniendo relaciones sexuales actualmente? \_\_\_\_\_ ¿y en total en su vida?: \_\_\_\_\_

Indique qué tipo de sexo tiene usted:  Vaginal  Oral  Anal  Caricias íntimas  Otro tipo de sexo \_\_\_\_\_

¿Tiene usted cualquier tipo de preocupación o problema en relación al abuso, la violencia o algún tipo de ataque o agresión que usted quisiera comentar?  Sí  No

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente Núm.: \_\_\_\_\_

### Historial médico personal

Indique si usted tiene o si alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones (por favor marque cada una de las condiciones que correspondan)

#### 1. En general

- Sí No
- En términos generales, gozo de buena salud
- He aumentado o perdido peso recientemente sin ninguna explicación
- Cáncer
- Condición genética

#### 2. Vacunas

- Sí No
- Rubéola (sarampión alemán)
- Inyección contra el tétano
- Vacuna VPH
- Hepatitis B

#### 3. Sistema cardiovascular

- Sí No
- Enfermedad cardíaca/soplo cardíaco
- Colesterol elevado
- Alta Presion

#### 4. Sistema neurológico

- Sí No
- Derrame cerebral
- Migraña
- Convulsiones/epilepsia

#### 5. Sistema gastrointestinal

- Sí No
- Problemas estomacales/intestinales
- Enfermedad del hígado o ictericia (piel, ojos y boca de color amarillo)
- Hepatitis
- Enfermedad de la vesícula

#### 6. Sistema endocrinológico

- Sí No
- Diabetes
- Problemas con la tiroides

#### 7. Vías respiratorias / Senos

- Sí No
- Asma
- Problemas con los senos: secreción, masa, bulto o bolita enfermedad, tumor, cirugía

#### 8. Sistema genitourinario

- Sí No
- Infecciones de la vejiga frecuentes
- Resultados anormales en la prueba Papanicolaou
- Infección pélvica /EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica)
- Infección de transmisión sexual: chlamydia, gonorrea, herpes, sífilis, verrugas genitales, otro tipo de infección de transmisión sexual

#### 9. Sistema hematológico

- Sí No
- VIH
- Anemia
- Trastornos de coagulación sanguínea
- Transfusión de sangre
- Rasgo genético o anemia de células falciformes
- Le dieron Rhogam en un embarazo anterior

#### 10. Piel

- Sí No
- Acné severo
- Se pone al sol o se broncea

#### 11. Historial psicológico

- Sí No
- Depresión
- Ansiedad
- Asiste a consejería o terapia

#### 12. Historial social

- Sí No
- Bebidas alcohólicas Número de bebidas por semana \_\_\_\_\_
- Fuma Cajetillas por semana \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_
- Consumo de drogas ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_
- Ver a un terapeuta

### RESPONDA A LO SIGUIENTE SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

- Sí No
- ¿Los padres o tutores legales suyos saben que ha venido a esta consulta a Planned Parenthood?
- ¿Si no lo saben, comentó usted sus planes de venir al centro de salud con cualquier otro adulto mayor de edad? ¿Con quién? \_\_\_\_\_
- ¿Quisiera tener información acerca de cómo hablar con los padres suyos acerca de temas sexuales?
- ¿Se encuentra en una relación en la que alguien la esté obligando a tener relaciones sexuales?

### EN LA MEDIDA DE MIS CONOCIMIENTOS, TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal médico: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_