

HISTORIA MÉDICA

Repaso de los Sistemas

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
(Apellido) (Primer) (Inicial de Segundo Nombre)

La razón de su visita hoy: _____

Planificación Familiar provee servicios a un grupo variado de mujeres. Hemos intentado hacer esta forma tan completa como sea posible, comprendiendo que algunas preguntas no aplican a las circunstancias particulares de cada mujer. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial.

HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS Marque todos los métodos anticonceptivos que ha usado: Pastilla DepoProvera Lunelle Dispositivo Intrauterino Condón Esterilización Diafragma Espuma/Supositorio Planificación Familiar Natural (Ritmo) Retracción Otro _____

SÍ NO

- ¿Usan usted o su pareja anticonceptivos ahora?
Si así es, ¿que método(s) usan? _____ ¿Cuánto tiempo ha usado este método? _____
- ¿Ha tenido problemas con éste o algún otro método anticonceptivo? Si así es, explique: _____
- ¿Tiene planes de embarazarse en el próximo año?
- ¿Quiere un método anticonceptivo hoy? Si así es, ¿Qué método quiere? _____

HISTORIA MENSTRUAL

Fecha de inicio de su último periodo normal _____

Edad cuando iniciaron sus periodos _____

¿Qué tan a menudo le vienen sus periodos? _____

Número de días de la duración del flujo _____

SÍ NO

- ¿Fue normal su último periodo menstrual?
- ¿Ha tenido relaciones sexuales desde su último periodo?
- ¿Le preocupa estar embarazada ahora?
- ¿Calambres severos?
- ¿Periodos fallados?
- ¿Sangrado entre periodos?

Por favor explique cualquier problema que tenga con sus periodos

AHORA:

HISTORIA DE EMBARAZO

Nunca he estado embarazada (pase a la siguiente sección)

¿Piensa que está embarazada ahora? Sí No

Edad en el primer embarazo: _____

Embarazos totales: _____ N° de hijos vivos: _____

Abortos provocados Fechas: _____

Abortos Espontáneos _____

Nacimiento sin vida _____

Cirugía de parto (Cesárea) _____

Parto vaginal _____

Embarazos Ectópicos (tubárico) _____

Partos Prematuros _____

Anormalidades genéticas _____

Diabetes de gestación _____

Toxemia durante el embarazo _____

¿Esta amamantando ahora? Sí No

HISTORIA SEXUAL

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudaran a evaluar el riesgo que corre de contraer cáncer cervical e infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Edad cuando primero tuvo relaciones sexuales: _____

SÍ NO

- ¿Está sexualmente activa/o ahora? Marque todo lo que aplique: Vaginal Anal Oral Otro
¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____
- ¿Ha tenido más de una pareja sexual o una nueva pareja sexual en el pasado año? ¿Son sus parejas?
 Hombres Mujeres Ambos Número de parejas este año: _____ Número de parejas en toda su vida: _____
- ¿Toma precauciones contra las infecciones transmitidas sexualmente? Explique: _____
- ¿Siente que sus parejas la han puesto a riesgo de contraer infecciones transmitidas sexualmente o el VIH?
- ¿Le gustaría hacerse una prueba para las infecciones transmitidas sexualmente?
- ¿Tiene alguna otra pregunta o preocupación respecto a las relaciones sexuales de las cuales quisiera hablar durante esta visita? Explique: _____

HISTORIA DE RIESGO DE SALUD/SOCIAL

SÍ NO

- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
- ¿Toma bebidas alcohólicas? Si así es, ¿con qué frecuencia y qué cantidad? _____
- ¿Le gustaría hablar de problemas relacionados a una violación o abuso físico/emocional/sexual?
- ¿Usa usted o sus parejas drogas ilícitas o intravenosas (inyectadas)?
- ¿Comparte usted o sus parejas cualquier tipo de agujas?
- ¿Ha tenido alguna vez o quisiera recibir ayuda ahora con un problema por el abuso del alcohol o drogas?
- ¿Está actualmente o ha estado alguna vez en una relación donde la han amenazado o herido físicamente o emocionalmente?

- ¿Se siente segura/o en su hogar?
- ¿Sabe dónde acudir ayuda o quién le puede ayudar si es abusada o le preocupa ser abusada?
- ¿Usa su cinturón de seguridad?

Por favor haga una lista de cualquier **ALERGIA**, incluya alergias a medicamentos, irritantes o alergias de la piel, o sensibilidad al látex/goma

HISTORIA FAMILIAR

Si es adoptada/o, marque y pase a la siguiente sección.

¿Ha tenido alguna vez alguien en su familia inmediata algunas de las siguientes? Si así es, indique padre(F), madre(M), Hermano(B), Hermana(S).

__ Fallecidos (Edad/Muerte a causa de: _____) _____ Cáncer Uterino, de los Ovarios o Senos (edad cuando principió: _____)

__ Ataque al Corazón/Enfermedad/Operación de Corazón (Edad cuando principió: _____) _____ Otro Cáncer

__ Alto Colesterol en la Sangre/Alta Presión Sanguínea _____ Diabetes Sí No

Mujeres nacidas entre 1940-1970: ¿Tomó su madre DES (hormonas) durante su embarazo con usted? Sí No

HISTORIA MÉDICA Haga una lista de los medicamentos recetados y sin receta, incluyendo hierbas que este tomando

actualmente: _____

SÍ NO

¿Alguna vez ha estado hospitalizada o ha tenido alguna operación?

Si así es, describa: _____

¿Está ahora, o ha estado en el pasado, bajo el cuidado de un doctor por una enfermedad o condición seria?

Si así es, describa: _____

¿Tiene otra fuente para su cuidado médico? ¿Dónde? _____

REPASO DE LOS SISTEMAS

¿Ha tenido o tiene ahora alguna de las siguientes? (por favor marque cada partida):

SÍ NO

1. General

- Generalmente mi salud es buena
- Aumento o pérdida reciente de peso (Más de 25 libras)
- Catarros o gripe frecuentes, etc.
- Fatiga crónica (más de 6 meses)
- Cáncer _____
- Condición Genética

2. Inmunizaciones

- Hepatitis B
- Vacuna/inyección para Rubéola/Sarampión, Paperas
- Vacuna/inyección para el Tétano

3. Cardiovascular

- Enfermedad/Soplo de Corazón
- Alto Colesterol en la Sangre
- Triglicéridos
- Alta Presión Sanguínea
- Tromboflebitis/Coágulos de Sangre en las venas pulmones

4. Neurológico

- Embolia Cerebral
- Migraña (Diagnosticado por un médico)
- Dificultades sensoriales (entumecimiento, audición, gusto, olfato)
- Cambios en la vista (borrosa, manchas, línea frente a los ojos)
- Ataque repentino/Epilepsia

SÍ NO

5. Gastrointestinal

- Problemas del estomago/intestino
- Enfermedad del hígado/ictericia
- Hepatitis
- Enfermedad de la vesícula

6. Endocrino

- Diabetes/Diabetes de gestación
- Problemas de la tiroides

7. Respiratorio

- Asma
- Tos crónica
- Otros problemas con la respiración

8. Genitourinario

- Infecciones frecuentes de la vejiga (Más de 3 cada año)
- Problemas de la vejiga, urinarios o de los Riñones
- Anormalidad del útero
- Infección pélvica/Dolor/Enfermedad Inflamatoria de la Pelvis
- Infecciones de vagina recurrentes
- Enfermedad transmitida sexualmente: Clamidia/Gonorrea/Herpes/Sífilis/Verrugas Genitales/Otra
- Problemas de los senos: Flujo/ Enfermedad/Tumor/ Operación
- ¿Se auto-examina los senos?
- Papanicolaou (frotis) anormal
- Fechas

SÍ NO

9. Hematológico

- Anemia
- Desorden de la coagulación sanguínea
- Transfusión de sangre
- Anemia Falciforme/Rasgo/ Talasemia/Fenilcetonuria

10. Piel

- Acné
- Salpullido/comezón crónica
- Otros problemas de la piel

11. Musculoesquelético

- Artritis
- Fractura/Quebradura de huesos

12. Ojos

- Problemas de los ojos (aparte del uso de lentes)

13. Oídos, Nariz, Garganta, Boca

- Problemas de audición
- Problemas de encías/dientes

14. Psicología

- Depresión
- Ansiedad
- Cambio de humor severo
- Bajo el cuidado de un o Psiquiatra/Psicólogo

Resultados

Tratamiento

LLENE ESTA PARTE SI ES MENOR DE 18 AÑOS

SÍ NO

- ¿Saben sus padres de su visita a Family Planning (Planificación Familiar)?
- Si no, ¿hablo de sus planes para venir a esta clínica con otro adulto? ¿Quién? _____
- ¿Le gustaría recibir información de cómo hablar con sus padres acerca de la sexualidad?
- ¿Está en una relación donde esta siendo forzada a tener relaciones sexuales?

SEGÚN MI CONOCIMIENTO, ESTA INFORMACIÓN ES COMPLETA Y CORRECTA.

Firma del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

Comentarios: _____

Firma del Empleado _____

NJM 7/08