

Fecha _____ Edad _____

Médico de cabecera/fuente de cuidado médico: _____

Razón de su visita: _____

Alergias (medicamentos, metales, látex o anestesia): _____

Medicamentos que esté tomando (incluya hierbas/vitaminas/metales): _____

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA FAMILIAR

En el pasado año, Apunte **SOLAMENTE** los parientes consanguíneos, hermanos y hermanas que han tenido una enfermedad seria incluso la diabetes, enfermedad del corazón, alta presión sanguínea, enfermedad de los senos, y cáncer:

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA PERSONAL

Sí	No	En el PASADO AÑO, ha tenido algunas de las siguientes cosas (Favor de marcar)
		¿Una enfermedad seria, lesión, operación, u hospitalización?
		¿Un problema en los senos (incluso un bulto, flujo, operación, etc.)?
		¿Fue normal su periodo más reciente? Fecha de inicio de su periodo más reciente: ____/____/____
		¿Una Infección Transmitida Sexualmente (clamidia, gonorrea, sífilis, herpes, VPH, etc.)?
		¿Un problema con su útero, sus trompas u ovarios?
		¿Algún problema con sus periodos (tales como la ausencia de la menstruación o el sangrado entre periodos)?
		¿Un embarazo? Fecha _____ Resultado _____ Total N° de embarazos _____
		¿Una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual? ¿Cuánto tiempo ha estado con su(s) pareja(s) actuales?

		¿Fecha de última actividad sexual? _____

Sí	No	PLAN DE VIDA REPRODUCTIVA
		¿Planea embarazarse en el próximo año? Si no, ¿cuándo? <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> Indecisa <input type="checkbox"/> Nunca
		¿Está usando actualmente algún método anticonceptivo? Si así es, ¿qué método? _____
		¿Tiene preguntas sobre o problemas con su método? Si así es, ¿cuál? _____

¿Qué método anticonceptivo le interesa hoy, si hay alguno? _____

Sí	No	HISTORIA SOCIAL
		Fuma: N° _____ cigarrillos al día _____
		Alcohol: N° _____ bebidas al día/semana
		¿Alguna vez ha sido víctima del abuso o coerción sexual?
		¿La ha golpeado, lastimado o intimidado alguna pareja íntima, ahora o en el pasado?
		Drogas Ilícitas: _____

REPASO DE SISTEMAS

No = ningún problema con esto actualmente

Sí = estoy teniendo problemas actualmente

Pasado = he tenido este problema en el pasado

NO	S	Í	PASADO	GENERAL	NO	S	Í	PASADO	RESPIRATORIO
				Aumento o pérdida de peso					Asma
				Pérdida de peso reciente					Tuberculosis (TB)
				Frecuente gripe, catarro, etc.					Tos crónica
				Fatiga crónica >6 meses	NO	S	Í	PASADO	GENITOURINARIO
				Cáncer: _____					Infecciones frecuentes de la vejiga
				Condición genética: _____					Problemas urinarios, de la vejiga, o de los riñones
				VIH/SIDA					Anormalidad del útero/ovarios: _____
NO	S	Í	PASADO	CARDIOVASCULAR					Dolor pélvico
				Enfermedad cardíaca/soplo cardíaco					Infección pélvica/EIP
				Alto colesterol en la sangre					Infección/flujo/olor vaginal
				Venas varicosas					Llagas, protuberancias, salpullido
				Alta presión sanguínea					Endometriosis
				Coágulos de sangre en las venas o pulmones					Otro: _____
				Embolia cerebral					
NO	S	Í	PASADO	NEUROLÓGICO	NO	S	Í	PASADO	HEMATOLÓGICO
				Migraña (diagnosticado)					Anemia
				Problemas sensoriales (entumecimiento, olfato, gusto)					Trastorno de coagulación sanguínea
				Convulsiones, epilepsia, mareos, desmayos					Enfermedad Falciforme
NO	S	Í	PASADO	GASTROINTESTINAL	NO	S	Í	PASADO	ENDOCRINO
				Problemas estomacales/intestinales (estreñimiento, diarrea, sangre en las heces)					Diabetes/diabetes durante el embarazo
				Enfermedad hepática/ictericia/mononucleosis	NO	S	Í	PASADO	Problemas de la tiroides
				Hepatitis					OJOS
				Enfermedad de la vesícula					Problemas de los ojos (EXCLUYE EL USO DE LENTES O PUPILENTES)
NO	S	Í	PASADO	PIEL	NO	S	Í	PASADO	OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA
				Acné					Hemorragias nasales frecuentes
				Salpullido o comezón crónica					Problemas de audición
				Seno: flujo, bulto, operación					Problemas de encías/dientes
				Otros problemas de la piel: _____					Dolor de garganta frecuente
NO	S	Í	PASADO	MUSCULOESQUELÉTICO	NO	S	Í	PASADO	PSICOLÓGICO
				Fracturas/quebradura de huesos					Ansiedad
NO	SÍ	PASADO		AUTOINMUNE					Depresión
				Lupus					Cambio de humor severo
				Artritis reumatoide					Pensamientos de suicidio
				Fibromialgia					Cualquier suceso traumático, doloroso o emocional

Reconozco que todo lo anterior es correcto y completo. Si se encuentra alguna enfermedad de notificación obligatoria, se le informará al Departamento de Salud.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Teen counseling provided (if < age 18). Parental Involvement _____

STI/Safer Sex/condom use discussed

Prophylactic ECPs discussed/ requested

Staff Signature: _____

Date: _____

Above Health History Reviewed by:
(Clinician Signature) _____

Date: _____