

EDAD: \_\_\_\_\_

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR	HISTORIA CLÍNICA
<input type="checkbox"/> Soy adoptada. (Por favor apunte cualquier información que tenga sobre su familia biológica; de lo contrario, proceda a la historia clínica y estilo de vida)	Alergias a Medicamentos (Especifique) _____ Otras Alergias (Especifique) _____
<b>Información sobre parientes <u>consanguíneos</u> solamente</b> (madre, padre, hermanos, abuelos) Indique si algún miembro de su familia sufre de algunas de las siguientes, (parentesco y edad cuando empezó):	¿Cuál de los siguientes usa regularmente?: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Medicamento recetado <input type="checkbox"/> Medicamento sin receta (haga una lista): _____ _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/Embolia _____ <input type="checkbox"/> Coágulos en las venas _____ <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea _____ <input type="checkbox"/> Alto colesterol/Triglicéridos _____ <input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme _____ <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides _____ <input type="checkbox"/> Otras condiciones crónicas _____ <input type="checkbox"/> Cáncer (De mama, de colon, de la próstata, de los ovarios u otro tipo) _____	¿Le han hecho una operación o ha estado hospitalizada alguna vez? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Por favor haga una lista) _____
Si nació entre 1940 y 1970, ¿tomó su madre medicamento (DES) para no perder el embarazo? <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Ha tenido alguna enfermedad, lesión, o incapacidad grave? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Por favor apunte las razones) _____
<b>ESTILO DE VIDA</b>	¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre o ha tenido otro contacto con la sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Qué le preocupa sobre su peso? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Otra cosa	¿Ha recibido sus inmunizaciones (vacunas)? Especialmente ¿Sarampión, Paperas, Rubeola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ¿Hepatitis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ¿Tétano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ¿VPH/Gardasil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se
¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____	<b>HISTORIA SEXUAL</b>
¿Usa el cinturón de seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>(Si no, pase a la siguiente sección)</b>
¿Qué tipo de tabaco usa? <input type="checkbox"/> Ninguno Sustitutos: Cantidad por día _____ Cantidad por semana _____ Cigarrillos: #/día _____ # años _____	¿Qué tipo de sexo ha tenido? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo? _____
¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Frecuencia? _____ ¿Cantidad? _____	¿Está teniendo dolor, molestia o sangrado durante o después de tener relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa o ha usado alguna vez drogas ilícitas o recetadas para uso recreativo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual en el pasado año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha buscado tratamiento para el abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? _____
¿Usa o ha usado alguna vez drogas IV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Son o han sido sus parejas sexuales: <input type="checkbox"/> hombres? <input type="checkbox"/> mujeres? <input type="checkbox"/> ambos? <input type="checkbox"/> usuarios de drogas IV <input type="checkbox"/> a riesgo de contraer el VIH/ETS <input type="checkbox"/> con múltiples parejas <input type="checkbox"/> recibido tratamiento para una ETS
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>	¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> N/A ¿Cuándo? _____
Marque todos los métodos anticonceptivos que ha usado: ___ Abstinencia (no tener sexo) ___ Pastilla ___ Esterilización ___ Espuma, supositorio, gel, lámina ___ Retiro ___ Condones ___ Diafragma ___ Depo Provera (inyección) ___ Norplant / Implanon ___ DIU ___ Esponja ___ Parche Anticonceptivo ___ Anillo vaginal ___ Planificación Familiar ___ Otro _____	¿Recibió tratamiento también su pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el método anticonceptivo más reciente que ha usado? _____	<b>HISTORIA MENSTRUAL</b>
¿Está usando este método ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si así es, ¿cuánto tiempo lo ha usado? _____ Si no, ¿cuándo dejó de usarlo? _____	¿A qué edad le empezaron sus periodos? _____ ¿Cuándo le empezó su último periodo? (fecha) _____ ¿Fue normal este periodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido problemas con algún método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si así es, explique _____	¿Está retrasado su periodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos días le dura su periodo? _____ (≥8 días) ¿Cuántos días entre el inicio de un periodo hasta el inicio del siguiente periodo? _____ (≤20 ó ≥36 días)
¿Quiere un método anticonceptivo hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué método piensa que le gustaría usar? _____	¿Cuántas toallas/tampones usa al día? _____ ¿Sangra entre periodos menstruales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le sabotea su pareja los anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha notado un cambio en sus periodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La presiona su pareja a salir embarazada aunque usted no quiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Siente dolor durante o entre sus periodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Siente irritabilidad, aumento de peso, dolor de espalda, o cambios de humor antes o durante su periodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA DE EMBARAZO	INFORMACIÓN SOCIAL
¿Planea tener hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si así es, ¿cuándo? _____	¿Alguna vez le han pegado, abofeteado, pateado o insultado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desea información sobre un embarazo saludable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez la han obligado a tener sexo o a realizar actos sexuales en contra de su voluntad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no desea tener hijos, ¿cómo planea prevenir el embarazo? _____	¿Alguna vez ha sido abusada sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha estado embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si no, pase a siguiente sección)	¿Tiene con quién hablar cuando está triste o se siente mal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad durante el embarazo: _____	¿Está actualmente en una relación abusiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado embarazada en el pasado año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le tiene miedo a su pareja o a otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de embarazos: _____ Número de nacidos con vida: _____	¿Le gustaría ser derivada a servicios de orientación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de hijos vivos: _____ Edades: _____	<b>HISTORIA DE PAPANICOLAOU</b>
Número de Cesáreas: _____ Número de abortos espontáneos: _____	¿Alguna vez le han hecho un Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si no, salte esta sección)
Nº de abortos provocados: _____ Nº de embarazos ectópicos/tubíricos: _____	¿Cuándo le hicieron su último Papanicolaou? _____
Describe cualquier complicación que haya tenido durante el embarazo (alta presión sanguínea; depresión; alto nivel de azúcar en la sangre) _____	¿Qué fue el resultado?: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No sé
¿Está amamantando ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez le ha resultado anormal un Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Piensa que pueda estar embarazada ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si así es, ¿cuándo? _____ ¿Qué tratamiento recibió? _____

REPASO DE SISTEMAS							
No = ningún problema con esto actualmente							
Sí = estoy teniendo problemas actualmente							
Pasado = he tenido este problema en el pasado							
NO	SÍ	PASADO	GENERAL	NO	SÍ	PASADO	RESPIRATORIO
			Aumento o pérdida de peso rápido				Asma
			Pérdida de peso reciente				Tuberculosis (TB)
			Frecuente gripe, catarro, etc.				Tos crónica
			Fatiga crónica >6 meses	NO	SÍ	PASADO	<b>GENITOURINARIO</b>
			Cáncer: _____				Infecciones frecuentes de la vejiga
			Condición genética: _____				Problemas urinarios, de la vejiga, o de riñones
			VIH/SIDA				Anormalidad del útero/ovarios: _____
NO	SÍ	PASADO	<b>CARDIOVASCULAR</b>				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	SÍ	PASADO	<b>NEUROLÓGICO</b>	NO	SÍ	PASADO	<b>HEMATOLÓGICO</b>
			Migraña (diagnosticado)				Anemia
			Problemas sensoriales (tacto, olfato, gusto)				Trastorno de coagulación sanguínea
			Convulsiones, epilepsia, mareos, desmayos				Enfermedad falciforme
NO	SÍ	PASADO	<b>GASTROINTESTINAL</b>	NO	SÍ	PASADO	<b>ENDOCRINO</b>
			Problemas estomacales/intestinales (sangre en las heces, estreñimiento, diarrea)				Diabetes/diabetes durante el embarazo
			Enfermedad hepática/ictericia/mononucleosis				Problemas de la tiroides
			Hepatitis	NO	SÍ	PASADO	<b>OJOS</b>
			Enfermedad de la vesícula				Problemas de los ojos (EXCLUYE EL USO DE LENTES O PUPILENTES)
NO	SÍ	PASADO	<b>PIEL</b>	NO	SÍ	PASADO	<b>OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA</b>
			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	SÍ	PASADO	<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>	NO	SÍ	PASADO	<b>PSICOLÓGICO</b>
			Fractura/quebradura de huesos				Ansiedad
NO	SÍ	PASADO	<b>AUTOIMMUNE</b>				Depresión
			Lupus				Cambio de humor severo
			Artritis reumatoide				Pensamientos de suicidio
			Fibromialgia				Cualquier suceso traumático, doloroso o emocional

¿Hay algo más que deberíamos saber de usted? \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Llenada por: \_\_\_\_\_

Reviewed by Health Care Provider: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_