

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

**\*Algunas de estas preguntas pueden parecer indiscretas, pero nos ayudan a evaluar su salud.**

Razón de su visita _____		Edad: _____
<b>HISTORIA CLÍNICA PREVIA</b>		<b>HISTORIA SOCIAL</b> ♥
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Nicotina, alcohol, y/o Uso de Drogas</b>
	¿Es alérgica al <input type="checkbox"/> látex? <input type="checkbox"/> medicamento? (favor de hacer una lista) _____	¿Fuma cigarrillos, cigarros, pipa o mastica tabaco? ¿Cantidad por día? _____
	¿Ha estado bajo el cuidado de un proveedor a causa de una condición o enfermedad crónica? Si la respuesta es sí, explique: _____	¿Toma alcohol? (cerveza, vino, licor) _____ bebidas por semana
	¿Está tomando algún medicamento (drogas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin receta)? ♥ Si la respuesta es sí, explique: _____	¿Usan usted o su pareja drogas ilícitas o IV?
		¿Siente que debe recortar o cesar el consumo de alcohol o drogas?
		<b>Relaciones y Seguridad</b>
<b>HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES</b>		La violencia y el abuso sexual son comunes en la vida de muchas personas. Hay ayuda para usted si está siendo lastimada o abusada.
<b>Año</b>	<b>Razón</b>	Mi pareja me ha amenazado o espantado. <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Declino contestar
		Mi pareja me ha maltratado físicamente. <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Declino contestar
<b>HISTORIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>		Me han obligado a tener sexo. <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Declino contestar
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>HISTORIA GINECOLÓGICA</b>
	¿Espera tener (más) hijos? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? <input type="checkbox"/> Más de un año <input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> Indecisa	_____ ¿Cuál fue el primer día de su último periodo <b>normal</b> ? _____ ¿A qué edad le empezaron sus periodos? El periodo me llega cada _____ días y me dura _____ días Favor de describir cualquier problema que haya tenido con sus periodos: _____
	¿Usan usted o su pareja anticonceptivos? Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____ ¿Cuánto tiempo ha usado este método? _____ Si no usa un método, ¿por qué no? <input type="checkbox"/> intentando el embarazo <input type="checkbox"/> pareja(s) es del mismo sexo <input type="checkbox"/> otra _____	¿Es este su primer examen pélvico (GYN)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Está satisfecha con su método anticonceptivo actual?	<b>Sí</b> <b>No</b> <b>¿Ha tenido alguna de las siguientes cosas?</b>
	¿Sabe del anticonceptivo de emergencia (EC) y que puede comprarlo sin receta aunque sea menor de 17 años?	Dolor, bulto o flujo de los senos
<b>HISTORIA SEXUAL</b>		Llagas o bultos en o dentro del área genital
¿Qué usa para protegerse contra las infecciones transmitidas sexualmente? _____		Flujo vaginal inusual
<b>Sí</b>	<b>No</b>	Dolor al orinar
	¿Es sexualmente activa ahora? Marque todo lo que aplique. <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Juguetes sexuales ¿Última vez que tuvo sexo? _____	Sangrado vaginal inusual
	¿Han tenido usted o su pareja una nueva o más de una pareja sexual en los pasados 3 meses? ¿Cuántas parejas ha tenido en los pasados 12 meses?: _____ Parejas son: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Trans	¿Se protege contra el embarazo? Si la respuesta es sí, ¿cómo? _____ ¿Última vez que tuvo sexo sin un método anticonceptivo?: _____
	¿Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual? ♥ Si así es, indique cuál: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VPH Cervical <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Otra _____	Previos embarazos. N° de embarazos _____ N° de hijos _____ Embarazo ectópico (tubárico) o molar previamente
	¿Ha recibido su pareja tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual? Si así es, ¿cuál? _____	¿Piensa que pueda estar embarazada ahora?
	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre el sexo de la cual le gustaría hablar hoy? Explique: _____	¿Está amamantando?
		Trauma/operación genital. Explique: _____
		Sangrado o dolor durante las relaciones sexuales
		¿Usa duchas vaginales?
		<b>COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>
		¿Saben sus padres o tutores de su visita a Planificación Familiar?
		<b>Firma del Cliente</b> _____
		<b>A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTA INFORMACIÓN ES COMPLETA Y CORRECTA.</b>
		<b>X</b> _____ <b>Fecha</b> _____

♥ **Babies Born Healthy** Estos asuntos de salud son importantes tanto para tener un bebé saludable como para mantener su propia salud.

Comments/Notes: \_\_\_\_\_

LMP: \_\_\_\_\_ G/P/A: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_

LAB	Result	Initials	LAB	Results	Initials
BP			Urine:		
HT			Glucose		
WT			Leukocytes		
Temp.			Nitrates		
Pulse			Protein		
HCG (P.T.)			Hgb.		

Time In: \_\_\_\_\_ Time Out: \_\_\_\_\_

	Normal	Variant	Notes		Specimen Site	Declined	Result	Cervical/Vaginal Microscopic	Results
1 Neck/Thyroid								Clue Cells	
2 Heart				Pap				Trich	
3 Lungs				HPV				Hyphae	
4 Breasts				Chlamydia				Buds	
5 Back				GC				Amine	
6 Abdomen/Trunk				Herpes				pH:	
7 Extremities				HIV				#WBCs/HPF	
8 Perineum/Vulva									
9 Vagina									
10 Cervix									
11 Uterus									
12 Adnexa									
13 Rectum									
15 Skin									

Subjective: \_\_\_\_\_

Assessment: \_\_\_\_\_

I spent \_\_\_\_\_ minutes with the patient today with more than \_\_\_\_\_% of the time spent counseling regarding \_\_\_\_\_.

Plan: \_\_\_\_\_

Education Provided:	Discussed/Materials Provided	Staff Initials

Medications/Supplies Dispensed: \_\_\_\_\_

RTC \_\_\_\_\_ PROVIDERS SIGNATURE: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_