

Nombre	Fecha
Chart #	Fecha de nacimiento

HISTORIA MÉDICA PARA MUJERES

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

- Sí No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí: _____
- Sí No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos aquí: _____
- Sí No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es? _____

A. Historia Médica Familiar/ madre, padre, hermana, hermano:

- ¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):
- | | | |
|--|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Cáncer- ovárico, el seno, o uterino |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 9. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |
| 7. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | | |

Provider notes:

B. Historia Médica Personal:

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.
- | | | |
|--|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | T. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos o migraña/ jaqueca |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga | V. <input type="checkbox"/> Cáncer
Tipo: _____ |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | W. <input type="checkbox"/> Tiroides |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | O. <input type="checkbox"/> Depresión | X. <input type="checkbox"/> Fibroma |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | Y. <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios |
| G. <input type="checkbox"/> Asma | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | Z. <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/ hepatitis | AA. <input type="checkbox"/> Lupus |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación | S. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | |
| J. <input type="checkbox"/> Anemia | | |
2. Sí No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía?
Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? _____
3. Sí No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?
4. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra rubella? No sé
5. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B? No sé
6. ¿Cuándo fue su último Papanicolau? _____ Nunca he tenido un Pap
- Sí No ¿Ha salido jamás anormal su prueba Papanicolau?
Si contestó sí, cuándo fue? _____
7. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH?
Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue: Positiva Negativa?
8. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una mamografía?
Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue normal? _____

C. Historia Menstrual:

1. Su edad cuando tuvo su primera regla: _____
2. Su regla viene cada _____ días y dura _____ días.
3. Sus reglas son: Regulares Irregulares Dolorosas Ligeras Moderadas Pesadas
4. Sí No ¿Tiene sangrado entre periodos?

D. Historia de Embarazos: (si nunca ha estado embarazada, vaya a la sección E.)

1. Sí No ¿Ha tenido embarazos en el pasado? (si contestó no, avance a E)
2. Número de: _____ Embarazos _____ Nacimientos vivos _____ Abortos espontáneos
 _____ Abortos inducidos _____ embarazos ectópicos _____ # de C-secciones
3. ¿Cuándo fue su último embarazo? mes/año
4. Sí No ¿Está amamantando?
5. Sí No ¿Ha tenido usted problemas con embarazos anteriores?



Nombre _____

Fecha _____

Chart # _____

Fecha de nacimiento _____

E. Historial de Contracepción:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____ años Nunca he tenido relaciones sexuales
2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento? Muy Algo No tan importante
3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja? Ninguno

A. <input type="checkbox"/> Condones	G. <input type="checkbox"/> Norplant	K. <input type="checkbox"/> Espuma, supositorios, crema, gel
B. <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas	H. <input type="checkbox"/> Diafragma/Capuchón cervical	L. <input type="checkbox"/> Ritmo/planificación natural
C. <input type="checkbox"/> DepoProvera/Inyección	I. <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos/esterilización	M. <input type="checkbox"/> Pareja tuvo una vasectomía
D. <input type="checkbox"/> Parche	J. <input type="checkbox"/> Retiro/coito interrumpido	
E. <input type="checkbox"/> NuvaRing (anillo vaginal)		
F. <input type="checkbox"/> DUI (dispositivo)		
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? _____ Ninguna
5. Sí No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?
6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca
7. Sí No ¿Ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia?
8. Sí No Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?

F. Historia Social:

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ Ninguno
2. Sí No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____
3. Sí No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____
4. Sí No ¿Ha usado drogas inyectadas?
5. Sí No ¿Ha compartido agujas?
6. Sí No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
7. Sí No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
8. Sí No ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?
9. Ha tenido una pareja con historia de: Uso de drogas inyectadas Bisexualidad SIDA/VIH

G. Historia Sexual:

En los últimos 12 meses...

1. Sí No ¿Ha tenido relaciones sexuales? (si contestó no, avance a #7)
¿Si contesta sí, cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____
2. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal
4. Sí No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
5. ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales?
 Sí No sé No
6. En los últimos 12 meses usted o su parejas sexuales han tenido alguna enfermedad como:

A. <input type="checkbox"/> Clamidia	D. <input type="checkbox"/> Tricomonas	G. <input type="checkbox"/> Vaginosis bacteriana (BV)
B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	H. <input type="checkbox"/> Sífilis
C. <input type="checkbox"/> Herpes genitales	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales	I. <input type="checkbox"/> Otro: _____
7. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

H. SI ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD

8. Sí No ¿Sabes sus padres que vinieron a Planned Parenthood?
9. Sí No ¿Hablas con sus padres acerca de temas sexuales?

Provider notes:

Firma del paciente/Fecha

Firma del médico/Fecha