

HISTORIAL DE SALUD

Ha tenido problemas con cualquiera de los siguiente: Have you ever had any of the following:

Si No El Abuso del alcohol/las droga
Alcohol/Drug Abuse

Si No Cáncer, tumores Cancer, Tumors

Si No El estómago, colon, hígado o vesícula Stomach, Colon, Liver, Gallbladder

Si No Dolores de cabeza, ataques epilépticos
Headaches, Seizures

Si No La piel Skin

Si No El corazón Heart

Si No Los pulmones, asma, tuberculosis
Lungs, Asthma, Tuberculosis

Si No Problemas con la tiroides
Thyroid problems

Si No Hemorragias, coágulos de sangre en los Pulmones/piernas/cabeza, anemia

Blood, Blood Clots in lungs/ legs/ head, Anemia

Si No Ojos, orejas, nariz, anginas
Head, Eyes, Ears, Nose, Throat

Si No Diabetes Diabetes

Si No La presión alta de la sangre o embolio
High Blood Pressure or Stroke

Si No La depresión, enfermedad mental
Depression, Mental Illness

Si No Los riñones Kidneys

Otro
Other

Ha tenido sus padres, hermanas, hermanos, o abuelos con cualquiera de los siguiente: Has your father, mother, sisters, brothers, grandparents ever had any of the following:

Si No Cáncer en los senos, ovarios
Breast or Ovarian Cancer

Si No Diabetes Diabetes

Si No Ataque del corazón o embolio antes de los 50 años
Heart Attack or Stroke before age 50

Si No La Presión alta de la Sangre
High Blood Pressure

Si No Colesterol alto High Cholesterol

Si No Cáncer otro Cancer other

Si No Problemas con la tiroides
Thyroid problems

Si No ¿Ha estado usted hospitalizado o ha tenido cirugías? Have you ever been in the hospital or had surgery?

Si No ¿Ha tenido usted una transfusión de sangre? Have you ever had a blood transfusion?

Si No ¿Toma usted cualquier medicinas? Do you take any medications?

Si No ¿Fuma usted? Do you smoke?

Si No ¿Necesita usted alguien para hablar a acerca de sus problemas? Do you need someone to talk to about your problems?

Si No ¿Siente usted hacerse daño oh alguien más? Do you feel like hurting yourself or someone else?

Si No ¿Necesita usted ayuda de vivienda, ropa, alimentos? Do you need help with housing, clothing, food?

Si No ¿Es golpeada, maltratada o forzada hacer algo que usted no quiere hacer?

Are you hit, yelled at or forced to do anything you don't want to do?

¿Qué es el grado más alto que usted completó en la escuela? What is the highest grade you completed in school?

Si No ¿Tiene usted problemas con períodos irregulares? Do you have problems with irregular periods?

Si No ¿Tiene usted problemas con manchar entre períodos? Do you have problems with spotting between your periods?

Si No ¿Tiene usted dolor de espalda o cólicos con sus períodos? Do you have problems with back pain or cramping with your periods?

Si No ¿Tiene usted cualquier "problemas femeninos"? Do you have any "female" problems?

Si No ¿Ha tenido usted cualquier papanicolaou anormal? Have you had any pap smear that was not normal?

¿cuando fue su último papanicolaou? When was your last pap smear?

¿Qué edad tenía usted cuando empezó a tener su período? How old were you when you started having periods?

Si No NA ¿Tiene usted dolor o resequead con el sexo? Do you have pain or dryness with sex?

Si No NA ¿Ha tenido usted una infección sexualmente transmitida Have you ever had a sexually transmitted infection?

(Clamidia chlamydia, **Gonorrrea** gonorrhea, **Tricomonas** trichomonas, **Verrugas Vaginales** genital warts, **Herpes** herpes, **Sifilis** syphilis)?

Si No NA ¿Ha tenido en el pasado compañeros sexuales que usaron drogas intravenales. Ha tenido compañeros sexuales con infecciones de trasmisión sexual, o ha tenido compañeros que han tenido sexo con hombres y mujeres?

Have any of your past sexual partners used IV drugs, had many sex partners, had a sexually transmitted infection, or had sex with both men and Women?

Marque todo los métodos de planificación que usted ha usado en el pasado Check all birth control methods have you used in the past:

Las Píldoras pills **Inyección de 3 meses** Depo Provera **El Parche** Patch **Condones** condoms **La espuma /Lamina** foam/film

La eyeculación fuera de la vagina withdrawal (pulling out) **Dispositivo** IUD

La Planificación natural de la Familia Natural Family Planning **Anillo Vaginal** NuvaRing **Implanon** implanon **Nexplanon** nexplanon

Historia de Embarazos: Pregnancy history

Quando termino el embarazo Cuantas Semanas Vaginal o cesárea Peso del bebe Problemas con un embarazo por favor de explicar

Quando termino el embarazo	Cuantas Semanas	Vaginal o cesárea	Peso del bebe	Problemas con un embarazo por favor de explicar

¿Quiere usted más información acerca de cualquiera de lo siguiente?
Do you want more information about any of the following?

Parar de Fumar Stop smoking **La Pérdida del peso** Weight Loss

Diabetes **El ejercicio** exercise **HIV / SIDA** **Otro**
other: _____

FIRMA del PACIENTE patient signature _____

FECHA date _____

UltimaTd _____ **MMR** _____ **HEP B** _____ **HPV** _____ **DES riesgo?** 1940-1971 **Si No**

Necesita MMR Yes No **Necesita Hep B (18 más Joven)** Yes No N/A **Necesita HPV (26 o más joven)** Si No N/A

Alergias: _____

Revisada/renovada: _____