

Nombre

Edad

Fecha de nacimiento

Fecha

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:

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 9. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | 11. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | 12. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |

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 | |
| 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 avance a la "Historia de Contracepción:"

1. Número de: _____ Embarazos _____ Nacimientos vivos _____ Abortos espontáneos
_____ Abortos inducidos _____ embarazos ectópicos

2. ¿Cuándo fue su último embarazo? _____ mes/año

3. Sí No ¿Está amamantando?



www.familypact.org

Nombre

Edad

Fecha de nacimiento

Fecha

E. Historial de Contracepción:

- 1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____ años Nunca he tenido relaciones
- 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. Condones
 - G. Norplant
 - K. Espuma, supositorios, crema, gel
 - B. Pastillas anticonceptivas
 - H. Diafragma/Capuchón cervical
 - L. Ritmo/planificación natural
 - C. DepoProvera/Inyección
 - I. Ligadura de tubos/esterilización
 - M. Pareja tuvo una vasectomía
 - D. Parche
 - J. Retiro/coito interrumpido
- 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 (Plan B)?
- 8. Sí No Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?

Provider notes:

F. Hábitos y Estilo de Vida:

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.
- 2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____
- 3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos?
- 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal?
- 5. Sí No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
- 6. Sí No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? No sé
- 7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted o su pareja problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.
 - A. Clamidia
 - E. Dolor o infección pélvica (PID)
 - H. Sífilis
 - B. Gonorrea
 - F. Verrugas Genitales
 - I. Otro: _____
 - C. Herpes genitales
 - G. Vaginosis bacterial (BV)
- 8. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

Firma del paciente/Fecha

Firma del médico/Fecha

Firma del médico/Fecha actualizada

Firma del Médico/Fecha actualizada



www.familypact.org