

Planned Parenthood of Indiana  
PLANILLA DE HISTORIA DE ABORTO

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ Número de paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha hecho un aborto en una clínica de Planned Parenthood? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿en qué año? \_\_\_\_\_ ¿y en qué lugar? \_\_\_\_\_? En caso afirmativo, ¿fue un procedimiento médico o quirúrgico? \_\_\_\_\_

Por favor responda las siguientes preguntas:

Historia de embarazos:

Fecha del último embarazo (**no** incluyendo éste) \_\_\_\_\_

Número total de embarazos (incluyendo éste) \_\_\_\_\_

¿Es RH negativo? \_\_\_\_\_ (le pusieron una inyección de Rhogam después del embarazo)

Número de nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

Número de abortos \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

Número de abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

Número de mortinatos (partos con criatura muerta) \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

¿Ha tenido placenta previa? \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

¿Se le ha practicado cesárea? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, tuvo problemas? \_\_\_\_\_

Fecha del último período menstrual normal \_\_\_\_\_

Por favor haga un círculo en SÍ o NO, en relación a la pregunta:

SÍ NO ¿Ha tenido la presión alta alguna vez?

SÍ NO ¿Tiene problemas de coágulos o alguna vez ha tenido un coágulo?

SÍ NO ¿Ha tenido migrañas que hayan sido diagnosticadas por un médico?

SÍ NO ¿Ha tenido alguna vez un infarto o un ataque al corazón?

SÍ NO ¿Tiene diabetes mal controlada?

SÍ NO ¿Tiene anemia?

SÍ NO ¿Tiene historia de asma? ¿Utiliza regularmente medicamento para el asma? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, trajo el medicamento para el asma? \_\_\_\_\_ Se instruyó a la paciente para que utilizara el medicamento antes de efectuar el procedimiento \_\_\_\_\_.

SÍ NO ¿Tiene VIH/SIDA?

SÍ NO ¿Padece de crisis convulsivas mal controlados?

SÍ NO ¿Está actualmente utilizando drogas ilegales que se adquieren en la calle o abusando del alcohol?

SÍ NO ¿Está tomando algún medicamento? Por favor enumere \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Tiene síntomas de infección vaginal? (picazón, flujo, úlceras)

SÍ NO ¿Tiene dolor uterino o dolor durante las relaciones sexuales?

SÍ NO ¿Es alérgica a alguna medicina, al látex o a las soluciones antisépticas? En caso afirmativo, por favor enumere \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Ha tenido algún tipo de cáncer? En caso afirmativo, enumere \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Fuma cigarrillos? ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Le gustaría ver su Photo el ultrasonido?

SÍ NO ¿Si hallamos un embarazo múltiple (mas de un feto), gustaría que le digamos?

¿Cuál método de control de la natalidad le gustaría que se le recetara hoy? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas con el control de la natalidad en el pasado? \_\_\_\_\_

Firma de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Apéndice de la historia médica de abortos

- SÍ NO ¿Tiene trastornos severos del hígado?
- SÍ NO ¿Está amamantando?
- SÍ NO ¿Está actualmente tomando esteroides a largo plazo? (cortisone, prednisone, dexamethasone)
- SÍ NO ¿Tiene o sospecha la existencia de un embarazo ectópico, masa anexial o embarazo molar?
- SÍ NO ¿Tiene insuficiencia adrenal crónica?
- SÍ NO ¿Tiene alergia a mifepristone, misoprostol, methotrexate u otra prostaglandina? (Cytotech)
- SÍ NO ¿Está tomando anticoagulantes (medicamento para adelgazar la sangre)?
- SÍ NO ¿Tiene trastornos hemorrágicos (sangrado), o porfiria hereditaria?
- SÍ NO ¿Está actualmente bajo tratamiento psicológico?
- SÍ NO ¿Tiene trastorno intestinal inflamatorio mal controlado?
- SÍ NO ¿Tiene algún padecimiento cardiovascular crónico (corazón)?
- SÍ NO ¿Tiene hipertensión (presión sanguínea alta)?
- SÍ NO ¿Tiene padecimientos respiratorios (pulmonares)? ¿Utiliza un inhalador para el asma?
- SÍ NO ¿Tiene insuficiencia renal (riñones)?
- SÍ NO ¿Es diabética con dependencia a la insulina?
- SÍ NO ¿Tiene anemia severa?
- SÍ NO ¿Tiene colocado un dispositivo intrauterino (IUD)?
- SÍ NO ¿Tiene fibromas uterinos grandes?
- SÍ NO ¿Tiene crisis convulsivas mal controladas?
- SÍ NO ¿No tiene acceso fácilmente a un teléfono, atención médica de emergencia o transporte?

Firma de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PPIN #011SP-808