

PLANNED PARENTHOOD OF INDIANA
HISTORIA MÉDICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de paciente PPIN _____

Motivo de la visita de hoy: _____

ANTECEDENTES DE ANTICONCEPTIVOS

Haga un círculo a todos los métodos anticonceptivos que haya utilizado: Pastilla Preservativo DIU Diafragma Esponja Capuchón cervical espuma/supositorio DMPA (la vacuna) NuvaRing Planificación familiar natural método de coito interrumpido (de la retirada) esterilización Implanon Evra (parche) Norplant otro _____

SÍ NO ¿Cuál método anticonceptivo está usando Usted y/o su pareja actualmente?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿qué método utilizan?

¿Cuánto hace que utilizan este método? _____

SÍ NO ¿Alguna vez ha tenido algún problema con este o con cualquier otro método anticonceptivo? En caso afirmativo, explique

SÍ NO ¿Tiene pensado quedar embarazada en el próximo año?

SÍ NO ¿Desea hoy un método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿qué método desea?

ANTECEDENTES MENSTRUALES

Edad de la primera menstruación _____

¿Cada cuánto menstrúa? _____

¿Cuántos días le dura el sangrado? _____

SÍ NO

¿Su última menstruación fue normal?

¿Ha mantenido relaciones sexuales desde su última menstruación?

¿Le preocupa que pueda estar embarazada ahora?

¿Sufre de calambres severos?

¿Ha tenido ausencia del período menstrual?

¿Sangrado entre períodos menstruales?

Describa cualquier problema que haya tenido con sus períodos menstruales AHORA: _____

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS nunca ha estado embarazada (continúe con la siguiente sección)

Edad cuando quedó embarazada por primera vez _____

Cantidad total de embarazos _____ **Fechas para cada**

Abortos a elección _____

Abortos espontáneos _____

Nacimientos sin vida _____

Partos por cesáreas _____

Embarazos ectópicos (tubáricos) _____

Nacimientos con vida _____

Hijos vivos _____

Anormalidades genéticas _____

Diabetes gestacional _____

¿Está amamantando ahora? sí no

ANTECEDENTES SEXUALES

Edad al momento de la primera relación sexual _____ ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

¿Cada cuánto tiene relaciones sexuales? _____ ¿Cuántas parejas tiene actualmente? _____ ¿Sus parejas son bisexuales? _____

¿Sus parejas tienen riesgos de contraer ETS/VIH/hepatitis _____? ¿Su pareja utiliza drogas intravenosas? _____

SÍ NO

_____ ¿Es usted sexualmente activo en la actualidad? Marque todas las que correspondan: ___ vaginal ___ anal ___ oral ___ otro

_____ ¿Ha tenido más de una pareja sexual, o una pareja nueva, en el último año? ¿Es su pareja un hombre una mujer ambos?

_____ ¿Se encuentra en una situación en donde se ve forzada a tener relaciones sexuales?

_____ ¿Siente que alguna de sus parejas le puso en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, VIH o hepatitis debido a que es bisexual o porque estuvo recientemente en prisión o porque utiliza drogas intravenosas? (círculo por favor)

_____ ¿Siente dolores o sangra cuando mantiene relaciones sexuales o tiene otras inquietudes acerca del sexo?

ANTECEDENTES DE LOS RIESGOS DE SALUD/SOCIALES

SÍ NO

_____ ¿Fuma? ¿Cuántos cigarros fuma por día? _____

_____ ¿Consume alcohol? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia/qué cantidad? _____

_____ ¿Usted toma la cafina? Cuánto al día? _____

_____ ¿Usted o sus parejas utilizan, o alguna vez utilizaron, drogas callejeras o intravenosas (inyectables)?

_____ ¿Usted o sus parejas comparten agujas de algún tipo?

_____ ¿Recibió alguna vez, o le gustaría recibir, ayuda ahora por un problema de abuso de alcohol o de drogas?

_____ ¿Le gustaría discutir problemas relacionados con una violación o abuso sexual/físico/emocional?

_____ ¿Se encuentra en la actualidad o estuvo alguna vez en una relación en donde se le hirió o amenazó físicamente?

_____ ¿Se siente insegura en su hogar?

_____ ¿Le cuesta recordar utilizar el cinturón de seguridad?

_____ ¿Le cuesta realizar ejercicios? Actividad _____

_____ ¿Le preocupa su peso? ¿Hace dieta? ¿Tiene algún desorden alimenticio?

_____ ¿Se encuentra expuesta a peligros laborales en su lugar de trabajo?

Haga una lista de cualquier **ALERGIA**, incluyendo medicamentos, metales, látex, alergias de la piel, agentes irritantes, alimentos o el medio ambiente. También haga una lista del tipo de reacción

ANTECEDENTES FAMILIARES (Si es ADOPTADA y NO CONOCE sus antecedente familiares biológicos, omite esta sección). ¿Alguien en su familia directa ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, indique **padre (P) madre (M), hermano (Hno.) o hermana (Hna.)**. Muerte (edad, causa de muerte) Cáncer uterino, de mamas o de ovarios (edad al síntoma inicial) Ataque cardíaco accidente cerebrovascular coágulo de sangre (edad al síntoma inicial) Otro cáncer Exceso de colesterol en la sangre/presión sanguínea alta historia de enfermedad renal Diabetes (insulinodependiente? Sí No) Enfermedad de Huntington Ataques Problemas de tiroides Osteoporosis Clientes nacidos en los Estados Unidos entre 1940-1971, o nacidos en el extranjero: ¿Ingirió su madre la hormona Dietilestilbestrol (DES por sus siglas en inglés) mientras estaba embarazada de usted? Sí No

HISTORIA MÉDICA PASADA

¿Se le practicó alguna cirugía o estuvo como paciente en un hospital? sí no En caso afirmativo, describa

¿Padece de alguna discapacidad? sí no En caso afirmativo, explique

¿Se encuentra en la actualidad, o estuvo alguna vez, bajo cuidado médico por una enfermedad grave? sí no

En caso afirmativo, describa

Haga una lista de todos los medicamentos o drogas que está tomando en la actualidad o que toma con frecuencia, incluyendo medicamentos de venta libre, medicamentos de hierbas y vitaminas. ¿Usted toma un suplemento de calcio? sí no

¿Usted toma un suplemento de ácido fólico? sí no

¿Tiene alguna otra fuente de asistencia médica? sí no ¿Usted tiene cuidado dental? sí no

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS ¿Padeció alguna vez, o padece ahora, alguna de las siguientes enfermedades (marque cada opción)?

1. General

- SI NO
mi salud es generalmente buena
ascenso o descenso de peso reciente
resfríos, gripe frecuentes etc.
fatiga crónica >6 meses
cáncer
enfermedad genética
VIH/SIDA
transfusión de sangre o de componentes sanguíneos

2. Inmunizaciones

- rubéola
tétano/difteria (fecha de la última vez)
hepatitis A/B
vacuna contra la gripe
Gardasil (HPV) offered

3. Cardiovascular

- várices
tromboflebitis/coágulos sanguíneos
exceso de colesterol en la sangre
enfermedad cardíaca/soplo
presión sanguínea alta en los pulmones o venas

4. Neurológico

- ataques/epilepsia
dificultades sensoriales (entumecimiento, olfato, gusto, audición)
migraña (diagnosticada por un médico)
accidente cerebrovascular

5. Gastrointestinal

- SI NO
problemas estomacales/intestinales
hepatopatía/ictericia/mono
hepatitis
enfermedad de la vesicular biliar

6. Endocrino

- diabetes/diabetes gestacional
problema de tiroides

7. Respiratorio

- asma
tos crónica
tuberculosis

8. Genitourinario

- infecciones frecuentes de la vejiga (>3/años)
problemas de vejiga, urinarios o renales
infección vaginal recurrente
infección pélvica/dolor/EPI
problemas en las mamas: secreción, enfermedad, tumor, cirugía
anormalidad del útero/ de los ovarios
Papanicolau anormal
enfermedades de transmisión sexual: clamidia, gonorrea, herpes sífilis, verrugas genitales, otros Hepatitis A/B o C

9. Hematológico

- SI NO
anemia
trastorno de la coagulación de la sangre
transfusión sanguínea
drepanocito /talemia

10. Piel:

- acné
irritación/picazón crónicas
otros problemas de piel

11. Musculoquelético

- huesos rotos/ fracturas
artritis
osteoporosis

12. Ojos:

- problemas de visión (sin anteojos/lentes de contacto)

13. Psicología

- en tratamiento
depresión
ansiedad
cambios de humor severos

14. Boca, nariz, garganta y oído

- dolor de garganta frecuente
problemas auditivos
problemas dentales/de las encías
hemorragia nasal frecuente

ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y ESTÁ COMPLETA SEGÚN MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Firma del paciente Fecha

Clinician signature Date Staff signature Date

Annual review #1 age LMP no change change (see nurses' notes) Clinician signature date

Annual review #2 age LMP no change change (see nurses' notes) Clinician signature date