

HISTORIA MÉDICA PARA MUJERES

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

A. Historia Médica Familiar: ¿Ha tenido alguien en familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

1. Enfermedad del corazón 2. Derrame cerebral 3. Cáncer 4. Alta presión 7. Problemas con Alcohol o drogas
6. Diabetes 5. Colesterol alto 8. Problemas psiquiátricos 9. Expuesta a DES
10. Defectos de nacimiento 11. No conozco mi historia médica familiar 12. Coágulos de sangre en las piernas o pulmones

B. Historia Médica Familiar: 1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- Enfermedad del corazón Alta presión Diabetes Quistes en los ovarios Coágulos de sangre en las piernas/pulmones
- Hemorragias/coagulación Desórdenes alimenticios Anemia drepanocítica Problemas del riñón/vejiga
- Pensamientos suicidas Enfermedad de vesícula Endometriosis Dolores de cabeza o migraña Derrame cerebral
- Colesterol alto Problemas psiquiátricos Tuberculosis (TB) Problema del hígado/Hepatitis Depresión
- Convulsiones o epilepsia Cáncer Tipo: _____ Anemia Asma Tiroides Fibroma Infertilidad
- Sí No 2. ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía? Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? _____
- Sí No 3. ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre? _____
- Sí No 4. ¿Ha sido inmunizada contra rubella? No sé
- Sí No 5. ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B? No sé
- Sí No 6. ¿Cuándo fue su última Papanicolau? _____ Nunca he tenido un Papanicolau
- Sí No 6A. Ha salido jamás anormal su prueba Papanicolau? Si contestó sí, cuándo fue? _____
- Sí No 7. Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue Positiva Negativa
- Sí No 8. 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
- Sí No 4. ¿Tiene sangrado entre periodos? _____

D. Historia de Embarazos: Si usted nunca ha estado embarazada, pase a la siguiente sección.

1. Número de: _____ Embarazos _____ Nacimientos vivos _____ Abortos espontáneos _____ Abortos inducidos _____ Nacimientos vivos
2. ¿Cuándo fue su último embarazo? _____ Mes/año 3. ¿Está amamantando? Sí No

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
- Condones Pastillas anticonceptivas Patch NuvaRing (anillo vaginal) Diafragma/capa cervical
- DepoProvera/Inyección Espuma, supositorios, gel DUI Retiro/coito interrumpido Pareja tuvo una vasectomía
- Ritmo/planificación natural Ligadura de tubos Norplant
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? _____ Ninguno
- Sí No 5. ¿Está contenta con su método de planificación? 6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre As veces Nunca
- Sí No 7. ¿Alguna vez ha usado un método anticonceptivo de emergencia (píldora del día después B / plan)?
- Sí No 8. Desea salir embarazada en los próximos dos años? _____

F. Hábitos y Estilo de Vida: Preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctora sobre ellas.

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

G. Historia Sexual En los últimos 12 meses... Sí No 1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

- Sí No 2. Ha relaciones sexuales por dinero o drogas? ¿Cuántas parejas sexuales tuvo últimos 12 meses? _____
3. ¿Ha tenido sexo con: Hombres Mujeres Ambos? 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal?
5. Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? No sé Sí No
6. En los últimos 12 meses, ha tenido usted problemas con lo siguiente? Gonorrea Sífilis Verrugas Genitales
- Clamidia Tricomonas Vaginosis Bacterial (BV) Dolor o infección pélvica Herpes Genitales Otro: _____
- Sí No 7. ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico? _____