

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

Hemorragias/coagulación  Desórdenes alimenticios  Anemia drepanocítica  Problemas del riñón/vejiga  en las piernas/pulmones

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 último examen genital? \_\_\_\_\_  Nunca he tenido un examen genital

Sí  No 6A. Ha salido jamás anormal su resultado? 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

**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  Vasectomía

Ritmo/planificación natural  Ligadura de tubos  Norplant

4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? \_\_\_\_\_  Ninguno

Sí  No 5. ¿Está contento 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 tener hijos en los próximos dos años?

Sí  No 9. ¿Ha quedado embarazada a alguien?  No estoy seguro

**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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha Firma del Médico Fecha