



**Annual History Update – Women’s Health
(Forma Historial de Mujeres)**

Date (Fecha): _____ Referred By (Referido Por): _____

Name (Nombre): _____ Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____ State (Estado): _____

Zip (Zona Postal): _____ Home Phone (Numero de teléfono – Casa): _____ Work Phone (Trabajo): _____

SS# (Número de seguro social): _____ Age (Edad) _____ Occupation (Occupación): _____

Current Marital Status: Single (Soltero) Married (Casado) Widowed (Viudo) Divorced (Divorciado)
(Estado de matrimonio De presente):

Are You A Student? Yes (Si) No (No) N/A If Yes, Name of School: _____
¿Es Usted estudiante? (Nombre de Escuela)

If You Are A Minor, Are Your Parents/Guardians Involved In Your Family Planning Services? Yes (Si) No (No)
(¿Si Usted Es Un Menor de edad, Son Sus Padres/Guardianes son Implicados En Sus Servicios De la Planificación familiar?)

How May We Contact You? Phone (Telefono) Mail (Carta) Both (Ambos) No Contact (No contacto)
(¿ Tenemos su permiso de contactarlo por?)

Who Else May We Contact To Reach You? Name: _____ Phone: _____
(¿A quién podemos contactar para contactarle a usted?) (Nombre) (El número de Teléfono)

A. Review of Non-Reproductive Systems/ Revisión de sistemas No-Reproductivos		General / General	
Yes	No		
		1	My health is generally good Mi salud es generalmente buena
		2	Unexplained weight loss/ gain of more than 10 lbs Pérdida del peso o aumento inexplicado de 10 libras
		3	Night sweats/hot flashes En la noche suda/tiene escalofrios
		4	Cancer. If yes, where/when? Cáncer. ¿Si sí, dónde/cuando?
		5	Smoke Cigarettes. If yes, how many per day? Fuma cigarrillos. ¿Cuántos por día?
		6	Alcohol use. If yes, how many drinks/week? Uso del alcohol. ¿Cuántas bebidas a la semana?
		8	Are you being treated for any illness/condition now? If yes, what? ¿ Ahora lo están tratando por una enfermedad o condición? ¿Si sí, qué?
		9	Do you currently take medicine prescription, over the counter or herbal? If yes, name: ¿ Toma actualmente una prescripción de medicina, sobre el contador o herbario? Si sí, nombre:
Eyes / Ojos			
		10	Eye problems? (except glasses or contacts) ¿Problemas del ojo? (excepto lentes o contactos)
Ears/Nose/Mouth/Throat Oídos/nariz/boca/garganta			
		11	Hearing Problems / Problemas de oír
		12	Frequent nosebleeds / Sangra de la nariz frecuentes
		13	Frequent sore throat / Garganta dolorida frecuente
Cardiovascular / Cardiovascular			
		14	Stroke or stroke-like problems Embolios-problemas parecidos al embolio
		15	High blood pressure/alta presión
		16	High Cholesterol/ Colesterol alto
Respiratory / Respiratorio			
		17	Chronic cough or other breathing problems/asthma Tos crónica o otro problema respiratoria/asma
		18	Tuberculosis or exposure to tuberculosis Tuberculosis o exposición a la tuberculosis

		Gastrointestinal / Gastrointestinal	
Yes	No		
		19	Stomach or bowel problems Estómago, extrenimiento
		20	Liver problems (hepatitis or tumor, etc.) Problemas del hígado (hepatitis o tumor, etc.)
		21	Gallbladder problems Problemas de la visicula
Musculoskeletal / Muscuoesquelético			
		22	Arthritis or osteoporosis Artritis o osteoporosis
Neurological / Neurológico			
		23	Migraine headaches (diagnosed by Dr./NP/PA) Migranas dolor de cabeza (diagnosticados por Dr./NP/PA)
		24	Seizures/epilepsy / Asimientos/epilepsia
		25	Numbness in arms/legs (recurring) Entumecimiento de brazos/piernas
Hematological/Lymphatic / Hematological/linfático			
		26	Anemia /Anemia
		27	Blood clotting disorder Desorden de cuoqulos de sangre
Allergy/Immunology / Alergia/inmunología			
		28	Are your immunizations up-to-date? ¿Sus vacunas estan al corriente?
		29	Have you had a tetanus shoot in the last 10 yrs? ¿Ha tenido la vacuna del tétano en los ultimos 10 años?
		30	Where you in school at age 14? ¿Estaba en la escuela a la edad de 14?
		31	Are you allergic to any drugs, medications, latex or other substances including local anesthesia? If yes, what? ¿Es usted alérgico a alguna droga, medicamento, latex, o otra sustancia incluya anestesia local? ¿Si sí, qué?
Skin / Piel			
		32	Acne or other skin changes? If yes, what? ¿Acné o otros problemas de la piel? ¿Si sí, qué?
Psychological / Psicologico			
		33	Depression, requiring treatment? ¿Depresión, tratamiento requiriendo?

		Endocrine/ Endocrina		
Yes	No			
		34	Thyroid Problems / Problemas de tiroide	
		35	Diabetes? If so what kind? ¿Diabetes? ¿Si, si qué clase?	
B. Family History/ Antecedentes familiares				
		36	Have your biological family had any additional medical problems since your last annual here? If yes, what and who (i.e. Grandmother – Cancer) ¿ Su familia biológica ha tenido ultimo problemas médicos adicionales desde su anual aquí? Si sí, qué y quién (es decir. Abuela - cáncer)	
C. Hospitalization and Surgery/ Hospitalización y cirugía				
Year/Año		Reason/ Razón		
D. Social History/ Historia social				
		37	Has anyone close to you – hit, slapped, kicked or hurt you? ¿Alguen sercano a usted - le a pegado, cacheteado, pateado o lastimado?	
		38	Has anyone forced you to have sex? ¿Ha sido forzado a tener sexo?	
		39	Are you in a relationship now with someone you are afraid of? ¿Está usted en una relación que le tenga miedo a la persona?	
		40	Have you ever been physically abused, either recently or in the past? ¿A sido abusado fisicamente, recientemente o en el pasado?	
		41	Have you been feeling depressed or non-sociable? ¿Ha sentido depresion o no-sociable?	
E. Pregnancy History/ Historia del embarazo				
		42	Have you been pregnant since your last visit? (if yes, complete the diagrams below) ¿ Usted ha sido embarazada desde su visita pasada? (si sí, termine los diagramas abajo)	
43.Deliveries				
Mo/ Mes.	Yr./ Año.	Vag.	C-section/ C-sección	Birth Weight/ Peso del nacimiento
44. Abortion/Miscarriage				
Mo./ Mes.	Yr./ Año.	Spont.	Induced	
F. Contraceptive History/ Historia anticonceptiva				
Yes	No			
		45	Are you currently using a birth control method? If yes, what and how long? ¿ Usted está utilizando actualmente un método del control de la natalidad? ¿Si sí, qué y cuánto tiempo?	
		46	Any problems with your current method? If yes, what? ¿ Problemas con su método actual? ¿Si sí, qué?	
		47	Have you changed contraceptive methods since your last annual with us? (If yes, what?) ¿ Usted ha cambiado métodos anticonceptivos desde su ultimo anual pasada con nosotros? (Si sí, qué?)	
G. Menstrual History/ Historia menstrual				
		48	Last menstrual period? (Was it normal?) ¿El periodo menstrual pasado? (Era normal?)	
		49	Are you period usually normal? ¿Su periodo generalmente normal?	

	50	Length of period (days) Longitud del período (días)
	51	Number of pads/ tampons used on heaviest day? ¿Número de los taponos o toallas usados en el día más pesado?
	52	Do you have vaginal bleeding between periods? ¿ Usted tiene sangrado vaginal entre los períodos?
	53	Do you have vaginal bleeding after sex? ¿ Usted tiene sangrado vaginal después de sexo?
	54	Do you have symptoms before or with your periods? If yes, what? ¿ Usted tiene síntomas antes o con sus períodos? ¿Si sí, qué?
	55	Do you currently notice any vaginal changes? ¿ Usted nota actualmente cambios vaginales?
H. Genitourinary History/ Historia genitourinaria		
Yes	No	
		56 Uterine fibroids / Fibroids uterinos
		57 Ovarian cysts / Quistes ováricos
		58 Breast lump or discharge Bola o descarga del pecho
		59 Vaginal discharge that itches/burns/odor Descarga vaginal que pica/arde/olor
		60 Endometriosis / Endometriosis
		61 Pain with Sex / Dolor con el sexo
		62 Nipple discharge/leaking Desecho del pezon
		63 Do you douche? / ¿Se ducha?
I. General Medical Questions/ Preguntas médicas generales		
		64 Are you currently taking any medications? If yes, what kind? ¿ Usted está tomando actualmente medicamentos? ¿Si sí, qué clase?
		65 Are you planning a pregnancy in the next year? ¿Es usted planea un embarazo en el año próximo?
		66 Are you experiencing any problems today? If yes, what kind? ¿ Usted está experimentando problemas hoy? ¿Si sí, qué clase?
J. Today's Visit/ Visita de hoy		
67.What is the purpose of your visit today? ¿Cual es el propósito de su visita hoy?		
68.May we help you in any other way? ¿Le ayudamos de cualquier otra manera?		
K. Patient Comments/ Comentarios pacientes		

L. STI/HIV Risk Assessment

Yes	No	
		69 Have you ever had sex? ¿Ha tendido sexo?
		70 If yes, your age when you first had sex. ¿Si si, su edad cuando tuvo relaciones por primera vez?
		71 If yes, how many partners have you had in your life? ¿Si, si cuantas parejas a tenido en su vida? Male _____ Female _____ Hombres _____ Mujeres _____
		72 If yes, how many partners in the past year? ¿Cuántas parejas a tenido en el último año? Male _____ Female _____ Hombres _____ Mujeres _____
		73 Have you ever had any problems related to sexual function? If yes, what? ¿Ha tenido usted problemas relacionado con su función sexual?
		74 Are you currently sexually active now? ¿Es sexualmente activo ahora?
		75 History of sexually transmitted infections? If yes, check all that apply. ¿Historial de transmisión sexualmente? Si, si marquen las que aplican? O Chlamydia O Gonorrhea O Syphilis O Trich Clamidia Gonorrea Sifilis Tricomonas O Genital Warts O Genital Herpes Verugas genitales Herpes genitales
		76 Have you ever had unprotected vaginal, oral or anal sex with a partner whose HIV status was unknown to you or positive for HIV/STIs? ¿Ha tenido sexo sin protección vaginal, anal, o oral con una persona que desconoce su estado de VIH o es positivo en alguna infección transmitida sexualmente?
		77 Have you ever been exposed to any semen, blood or vaginal discharge from a person whose HIV status was unknown to your or positive for HIV? ¿Usted está expuesto a semen, sangre o desecho vaginal de alguna persona que su estado de VIH es desconocido o es positivo para VIH?
		78 Do you frequently use alcohol, cocaine or other drugs in connection with sexual activity? ¿Usa alcohol, cocaína, o otras drogas en conexión con actividad sexual?
		79 Do you have one or more recurrent STIs? ¿Usted tiene un o más STIs recurrente?
		80 Have you ever taken street drugs? When? ¿Usted ha tomado drogas de la calle? ¿Cuándo?
		81 Have you ever had any needle sticks with unknown or unclean needles? ¿Usted usa agujas que desconoce si están limpias?
		82 Have you had a blood transfusion in the US from 1978-1985, or foreign country since 1978? ¿Ha tenido una transfusión de sangre en los Estados Unidos del 1978-1985 o en otro país desde 1978?
		83 Have you had artificial insemination using untested donor semen since 1978? ¿Usted ha usado inseminación artificial de un donante que no fue tratado su semen desde 1978?
		84 Do you use condoms regularly during sex? ¿Usa condones regularmente?
		85 Are you a hemophiliac, or have you had sex with a hemophiliac (1978-1985)? ¿Es hemofílico, o a tenido sexo con un hemofílico?

Thank you for answering these questions. If anything above is unclear, please ask your clinician to explain it to you. Please ask if you have any questions.

Please tell your counselor if you have ever had an HIV antibody test. I understand that my decision not complete this form will not result in prejudice to my future medical care or in withdrawal or withholding of any benefits provided by programs or projects receiving federal funds to which I may otherwise be entitled.

Gracias por contestar estas preguntas. Si algo no es explicado por favor de preguntar a la clínica para que le expliquen. Por favor de preguntar si tiene alguna pregunta. Por favor de tener a su consejero si tenido un examen de VIH. Entiendo que es mi decisión en completar esta forma mi cuidado médico en el futuro o en retener o en el transcurso o en cualquier beneficio que, proyecte los programas que recibe fondos federales en que yo este entitulado.

M. Patient and Employee Signature / Firma del paciente y del empleado

ALL SERVICES AT FPHC ARE CONFIDENTIAL. HOWEVER, IF YOU ARE A MINOR, IT IS REQUIRED THAT A REPORT BE FILED WITH LEGAL AUTHORITIES IN THE CASE OF ABUSE

TODOS LOS SERVICIOS EN LA FPHC SON CONFIDENCIALES. SIN EMBARGO, SI USTED ES UN MENOR DE EDAD, ES REQUERIDO QUE UN INFORME SE ARCHIVE CON AUTORIDADES LEGALES EN EL CASO DE ABUSO

To the best of my knowledge, the information I have provided is correct and complete.

Al mejor de mi conocimiento, la información que tengo con tal que esté correcto y completa

Client Signature _____ Date _____
Firma del cliente Fecha

Staff Signature _____ Date _____
Firma del enfermera Fecha

Employee Comments

Number	Comments