

D. Historial Social		Si	No
	43		Algun sercano a usted – le a pegado, cacheteado, pateado o lastimado?
	44		Ha sido forzado a tener sexo?
	45		Ha habido una causa fisica para un aborto espontaneo?
	46		Esta usted en una relacion que le tenga miedo a la persona?
	47		Podria decir que fue abusado sexualmente durante su niñez?
	48		Si, si, has teindo conselero?
	49		A sido abusado fisicamente, recientemente o en el pasado?
	50		Quien le ayuda y la apoya con sus problemas?
	51		Ha sentido presionada o no sociable?
	52		Ha experimentado alguna dificultad o dificultades ultimamente? Si, si que?
E. Historial del embarazo			
	53		Ha estado usted embarazada (si no, salto a la seccion F)
	54		Desea embarazos futuros
	55		Actualmente embarazada
	56		Usted tiene una historia de diabetes gestacional?
	57		Usted tiene una historia del toxemia?
	58		Le tienen que hacer su cerviz para ayudarle a llevar a un bebé anterior?
	59		Sus embarazos fueron planeados? (si previamente esta embarazada)
	60		Le hospitalizaron durante cualquiera de su embarazos?
	61		Usted ha tenido niños con defectos de nacimiento?
62 Delivery			
Mes	Ano	Vag.	C- Ceccion
63 Abortion/Miscariage			
Mes	Ano	Spont.	Induced
F. Historia genitourinaria			
Si	No		
		64	Vejiga o problemas del rinon
		65	Fibrosis uterinos
		66	Quistes ováricos
		67	Terrón o desecho del pecho
		68	Desecho vaginal que pica/arde/olor
		69	Endometriosis
		70	Dolor con el sexo
		71	Ultimo papanicolao? Cuando?
		72	Papanicolao abnormal previo? Cuando?
		73	Colposcopia para un papanicolao abnormal? Cunado?
		74	Su mama tomo TES cuando estaba embarazado con usted para prevenir un malparto?
		75	Usted se ducha?
G. Historia Menstrual			
		76	Edad que le empezaron su periodo?
		77	Número de los tampones o toallas usados en el día más pesado?
		78	Longitud del período (días)
		79	Es usted período generalmente normal?
		80	El período menstrual pasado?
		81	Era normal?
		82	Usted tiene sangrado vaginal entre los períodos?
		83	Usted tiene síntomas antes o con de sus períodos? ¿Si sí, qué?
		84.	Usted tiene sangrado vaginal después de sexo?

H. Historia Anticonceptiva		Si	No
	85		Usted está utilizando actualmente un método del control de la natalidad? ¿Si sí, qué y cuánto tiempo?
	86		Problemas con su método actual? ¿Si sí, qué?
	87		Quiere usted usar un metodo ahora? Si, si cual?
Metodos que ha usado en el pasado?			
		Metodo	Cuando?
	88	Abstinencia	
	89	Esterilizacion	
	90	Anticonceptivos	
	91	Norplant/Implanon	
	92	Depo-Provera	
	93	Lunelle	
	94	IUD – a parato	
	95	Condomes	
	96	Diapragma	
	97	Esponga	
	98	Retirar	
	99	Parche/Anillo	
	100	Condomes/Espermicide	
I. HIV/STI Risk			
Si	No		
		101	Ha tenido sexo?
		102	Si si, su edad cuando tuvo relaciones por primera vez.
		103	Si, si cuantas parejas a tenido en su vida? Hombres _____ Mujeres _____
		104	Cuantas parejas a tenido en el ultimo año? Hombres _____ Mujeres _____
		105	Si, si ha tenido usted problemas relacionado con su funcion sexual?
		106	Es sexualmente activo ahora?
		107	Historial de transmision sexualmente? Si, si marquen el quere aplican. O Clamidia O Gonorrea O Sifilis O Tricomonas O Verugas genitales O Herpes genitales
		108	Ha tenido sexo sin proteccion vaginal, anal, o oral con una persona que desconoce su estatus de VIH o es positivo en alguna inteccion transmitida sexualmente?
		109	Usted esta expuesto a semen, sangre o desecho vaginal de alguna persona que su estato de VIH es desconosido o es positive para VIH?
		110	Usa alcohol, cocaina, o otra drogas en coneccion con actividad sexual?
		111	Usted ha tomado siempre las drogas de la calle? ¿Cuándo?
		112	Usted usa agujas que desconosca si estan limpias?
		113	Ha tenido una transfusion de sangre en los Estados Unidos del 1978-1985 o en otro pais desde 1978?
		114	Usted ha usado inseminacion artificial de un donate que no fue tratado su semen desde 1978?
		115	Usa condones regularmente?
		116	Es hemofiliaco, o a tenido sexo con un Hemoficiaco?
<p>Gracias por contestar estas preguntas. Si algo no es explicado po favor de preguntar a la clinica para que le expliquen. Por favor de preuntar si tiene alguna pregunta. Por favor de tener a su consejero si tenido un examen de VIH. Entiendo que es mi decision en completar esta forma mi cuidado medico en el futuro o en retener o en el transcurso o en cualquier beneficio que, proyecte los programas que recibe fondo federales en que yo este entitulado.</p>			
Patient Sticker			

J. Preguntas médicas generales	
117	Usted está tomando actualmente medicamentos? ¿Si sí, qué clase?
118	Usted se desmaya o tiene una reaccion cuando le sacan sangre?
119	Usted planea un embarazo en el año próximo?
120	Usted está experimentando problemas hoy? ¿Si sí, qué clase?
K. Visita de hoy	
121	Cual es el proposito de su visita hoy?
122	Lo podemos ayudar en otra manera?
L. Comentarios Pacientes	
M. Firma del pacunte y del enfermero	
<p>Todos los servicios de FPHC son confidenciales. Sin embargo, si es un menores requendo que un reporte se llene con autoridades legales en caso de un abuso.</p>	
<p>Para mi mejor conocimiento, la informacion que provele es corecta y completa.</p>	
<p>Firma del paciente: _____ Fecha: _____</p>	
<p>Firma del enfermeroa: _____ Fecha: _____ Staff Signature:</p>	
<p>Patient Sticker</p>	

Employee Comments

