



- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anaheim Clinic       | 303 W. Lincoln Ave. Suite 105, Anaheim, 92805 (714) 956-2002        | <input type="checkbox"/> Orange Clinic         | 700 S. Tustin St., Orange, 92866 (714) 633-4550              |
| <input type="checkbox"/> Costa Mesa Clinic    | 601 W. 19th Street, Suite B, Costa Mesa, 92626 (949) 548-8830       | <input type="checkbox"/> San Bernardino Clinic | 1873 Commercenter West, San Bernardino, 92408 (909) 890-5511 |
| <input type="checkbox"/> Westminster Clinic   | 14372 Beach Blvd. Westminster, 92683 (714) 891-0955                 | <input type="checkbox"/> Santa Ana Clinic      | 1421 E. 17th St., Santa Ana, 92705 (714) 973-1727            |
| <input type="checkbox"/> Mission Viejo Clinic | 26137 La Paz Rd. Suite 200, Mission Viejo, Ca. 92691 (949) 768-3643 | <input type="checkbox"/> Upland Clinic         | 918 W. Foothill Blvd., Upland, 91786 (909) 985-0065          |

Nombre

Fecha de nacimiento

Fecha

**HISTORIA MÉDICA PARA MUJERES**

*Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.*

Sí  No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí  No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí  No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es?

**A. Historia Médica Familiar/ madre, padre, hermana, hermano:**

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                       | 4. <input type="checkbox"/> Alta presión           | 8. <input type="checkbox"/> Cáncer- ovárico, el seno, o uterino     |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | 9. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES                          |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes               | 10. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |
|  | 7. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento |   |

Provider notes:

**B. Historia Médica Personal:**

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                       | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica             | T. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos o migraña/ jaqueca |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión                                 | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad                     | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios                      |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga       | V. <input type="checkbox"/> Cáncer                                       |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia         | Tipo: _____  |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto                              | O. <input type="checkbox"/> Depresión                        | W. <input type="checkbox"/> Tiroides                                     |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                            | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas            | X. <input type="checkbox"/> Fibroma                                      |
| G. <input type="checkbox"/> Asma   | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos          | Y. <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios                       |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/ hepatitis   | Z. <input type="checkbox"/> Endometriosis                                |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación                      | S. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | AA. <input type="checkbox"/> Lupus                                       |
| J. <input type="checkbox"/> Anemia                                       |  |  |

2.  Sí  No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía? Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

3.  Sí  No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?

4.  Sí  No ¿Ha sido inmunizada contra rubella?  No sé

5.  Sí  No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B?  No sé

6. ¿Cuándo fue su último Papanicolau? \_\_\_\_\_  Nunca he tenido un Pap

Sí  No ¿Ha salido jamás anormal su prueba Papanicolau? Si contestó sí, cuándo fue? \_\_\_\_\_

7.  Sí  No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue:  Positiva  Negativa?

8.  Sí  No ¿Ha tenido jamás usted una mamografía? Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue normal? \_\_\_\_\_

**C. Historia Menstrual:**

- Su edad cuando tuvo su primera regla: \_\_\_\_\_
- Su regla viene cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.
- Sus reglas son:  Regulares  Irregulares  Dolorosas  Ligeras  Moderadas  Pesadas
- Sí  No ¿Tiene sangrado entre periodos?

**D. Historia de Embarazos:**

Si nunca ha estado embarazada avance a la "Historia de Contracepción:"

- Número de: \_\_\_\_\_ Embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos  
\_\_\_\_\_ Abortos inducidos \_\_\_\_\_ embarazos ectópicos \_\_\_\_\_ # de C-secciones
- ¿Cuándo fue su último embarazo? \_\_\_\_\_ mes/año
- Sí  No ¿Está amamantando?
- Sí  No ¿Ha tenido usted problemas con embarazos anteriores?



Nombre

Fecha de nacimiento

Fecha

**E. Historial de Contracepción:**

Provider notes:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? \_\_\_\_\_ años  Nunca he tenido relaciones sexuales
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
 

A. <input type="checkbox"/> Condones	G. <input type="checkbox"/> Norplant	K. <input type="checkbox"/> Espuma, supositorios, crema, gel
B. <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas	H. <input type="checkbox"/> Diafragma/Capuchón cervical	L. <input type="checkbox"/> Ritmo/planificación natural
C. <input type="checkbox"/> DepoProvera/Inyección	I. <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos/esterilización	M. <input type="checkbox"/> Pareja tuvo una vasectomía
D. <input type="checkbox"/> Parche	J. <input type="checkbox"/> Retiro/coito interrumpido	
E. <input type="checkbox"/> NuvaRing (anillo vaginal)		
F. <input type="checkbox"/> DUI (dispositivo)		
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? \_\_\_\_\_  Ninguna
5.  Sí  No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?
6. Con qué frecuencia usa condones?  Siempre  A veces  Nunca
7.  Sí  No ¿Ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia?
8.  Sí  No  Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?

**F. Historia Social:**

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

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

**G. Historia Sexual:**

**En los últimos 12 meses...**

1.  Sí  No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.
2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con:  Hombres  Mujeres  Ambos
4. ¿Ha tenido relaciones sexuales:  Oral  Anal  Vaginal
5.  Sí  No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
6.  Sí  No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales?  No sé
 

A. <input type="checkbox"/> Clamidia	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	H. <input type="checkbox"/> Sífilis
B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales	I. <input type="checkbox"/> Otro: _____
C. <input type="checkbox"/> Herpes genitales	G. <input type="checkbox"/> Vaginosis bacterial (BV)	
D. <input type="checkbox"/> Tricomonas		
7.  Sí  No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

**SI ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD**

8.  Sí  No ¿Sabían sus padres que vinieron a Planned Parenthood?
9.  Sí  No ¿Hablas con sus padres acerca de temas sexuales?

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/Fecha