



FEMALE HISTORY

CLIENT LABEL

IMMEDIATE FAMILY MEDICAL HISTORY

ARE YOU ADOPTED? Y N

Has your (mother, father, sister, brother) had:

Table with 3 columns: Condition, Y, N. Rows include High Blood Pressure, Stroke before age 50, Cancer (list type), Blood clots in leg or chest, Thyroid problems, HIV/AIDS, High cholesterol, Diabetes, Inherited Disease, Heart attack, Tuberculosis, Addiction problems.

PERSONAL MEDICAL HISTORY

Table with 3 columns: Question, Y, N. Rows include Are you allergic to any medications?, Are you allergic to latex?, Do you have a family dentist?, What? Other allergies?, Have you seen a dentist in the past year?, Are you taking any prescription medication?

Have you had problems with:

Table with 3 columns: Condition, Y, N. Rows include Severe headaches, Migraines, Visual changes, Seizures, Thyroid, Heart, High blood pressure, Blood clots, Varicose veins, Stroke, Lungs, Tuberculosis, Breast lump or mass, Cold Sores, Stomach, Kidney / Bladder Infections, Vaginal infections, Muscle or bone, Immune system, Anemia, Diabetes, Cancer, Inherited disease, Mental illness, Hepatitis A, B or C disease, Have you received: HPV vaccine, Hepatitis B vaccine, Measles/Mumps/Rubella Shot, Tetanus shot in last 10 yrs, Are you taking any herbs or over the counter drugs?, Are you currently being treated for an illness?, Have you ever been hospitalized/ had surgery?, Do you have any disabilities? If yes, please describe:, Have you had a blood transfusion before July 1992?, During the past month, have you felt down or depressed?

PERSONAL / SOCIAL / SEXUAL HISTORY

Table with 3 columns: Question, Y, N. Rows include 1. Are you homeless?, 2. Has anyone close to you ever threatened to hurt you?, 3. Has anyone ever hit, kicked, choked, or forced you to have sex?, 4. Do you fear for your safety (or for your children's safety)?, 5. Do you use tobacco products?, 6. Do you drink alcohol?, 7. Do you use street or IV drugs?, 8. Had sexual intercourse?, 9. Age at first intercourse?, 10. Had sex with men/women/both?, 11. What do you consider your highest risk behavior?, 12. Ever had an STD before?, 13. Had Chlamydia in the last 12 months?, 14. Had a partner in the last 60 days with any STD?, 15. Had more than 1 Gonorrhea infection?, 16. Are you a commercial sex worker?, 17. Had sex for money / drugs?, 18. Been tested for HIV before?, 19. Ever used a needle to inject drugs?, 20. Do you live with someone infected with Hepatitis B?, 21. been male partners who have had sex with other men?, 22. injected drugs?, 23. had HIV / AIDS?

GYNECOLOGICAL / PREGNANCY HISTORY

Table with 3 columns: Question, Y, N. Rows include 1. Age at first period?, 2. Are your periods normal?, 3. Have you had a pap smear?, 4. Have you had an abnormal pap?, 5. Were you treated for the abnormal pap?, 6. Do you have pain during sex?, 7. Do you bleed after sex?, 8. Do you have pain with your period that requires medication?, 9. Did your mother take DES while pregnant with you?, 10. How many times have you had the following: Pregnancy, Still birth, Live births, Abortion, Living children, Ectopic Pregnancy, Miscarriage, Problem with Pregnancy, 11. Date of last pregnancy, 12. Do you think you are pregnant now?, 13. Do you plan to have children in the future?, 14. Do you do monthly self-breast exams?, 15. Have you ever had a mammogram?, 16. Have you had a colorectal screening test?

BIRTH CONTROL HISTORY

Table with 3 columns: Question, Y, N. Rows include Are you currently sexually active?, Check method you use currently: Pill, Birth Control Shot, Patch, Ring, IUD, Diaphragm, Condom, Withdrawal, Abstinence, Foam/Gel/Cream, Natural/Rhythm, Female Sterilization, Male Sterilization, What method do you want today?, Client/Guardian Signature, Provider Review, Interim Review, Date.

# FORMULARIO DE HISTORIA PARA MUJERES

CLIENT LABEL

## HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA INMEDIATA

<b>¿ES USTED ADOPTADO?</b> Sí No		Algún miembro de su familia <b>biológica (madre, padre, hermana, hermano)</b> ha tenido:					
Presión sanguínea alta	Sí No	Derrame cerebral antes de los 50 años de edad	Sí No	Cáncer (escriba que tipo)	_____	Sí No	
Coágulos de sangre en la pierna ó el pecho	Sí No	Problemas con la tiroides	Sí No	VIH/SIDA		Sí No	
Colesterol alto	Sí No	Diabetes	Sí No	Enfermedad hereditaria		Sí No	
Ataque cardiaco	Sí No	Tuberculosis	Sí No	Problemas de adicción		Sí No	

## HISTORIAL MEDICO PERSONAL

¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento?	Sí No	¿Tiene su familia un dentista?	Sí No	¿Está tomando usted alguna medicina recetada por un medico?	_____	Sí No
¿Qué? _____		¿Has visto a un dentista en el año pasado?	Sí No	¿Cuál medicina (s)	_____	
¿Es usted alérgico al hule (látex)?	Sí No			¿Está usted tomando hierbas ó medicina sin receta?	_____	Sí No
¿Otras alergias? _____				¿Cuál (es)? _____		
<b>Ha tenido problemas con:</b>		Estomago	Sí No			
Dolores de cabeza fuertes	Sí No	Infecciones del riñón / de la vejiga	Sí No	¿Está recibiendo tratamiento para alguna enfermedad?	_____	Sí No
Migrañas	Sí No	Infecciones vaginales	Sí No	¿Cuál? _____		
Cambios visuales (Excluyendo lentes)	Sí No	Músculos ó huesos	Sí No	¿Alguna vez ha sido hospitalizado ó tenido una cirugía?	_____	Sí No
Convulsiones	Sí No	Sistema inmune	Sí No	¿Para qué? _____		
Tiroides	Sí No	Anemia	Sí No			
Corazón	Sí No	Diabetes	Sí No	¿Tiene usted algún impedimento ó incapacidad?	_____	Sí No
Presión sanguínea alta	Sí No	Cáncer	Sí No	Si responde si, por favor describa:	_____	
Coágulos de sangre	Sí No	Enfermedad hereditaria	Sí No			
Venas varicosas	Sí No	Enfermedad mental	Sí No	¿Ha tenido usted una transfusión sanguínea antes de Julio de 1992?	_____	Sí No
Derrames cerebral	Sí No	Hepatitis A, B ó C	Sí No	¿Cuándo? _____		
Pulmones	Sí No	Usted ha recibido:		¿Durante el último mes se ha sentido usted triste ó deprimida?	_____	Sí No
Tuberculosis	Sí No	Vacuna para HPV	Sí No			
Masa o Nódulo del seno	Sí No	Vacuna para hepatitis B	Sí No			
¿Herpes labial?		Vacuna para el sarampión/paperas y rubéola	Sí No			
		Vacuna del tétano en los últimos 10 años	Sí No			

## HISTORIAL PERSONAL SOCIAL Y SEXUAL

1. ¿Esta usted sin vivienda?	Sí No	12. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente antes?	Sí No
2. ¿Ha alguien cercano a usted amenazado a lastimarla?	Sí No	13. ¿Ha tenido Chlamydia, en los últimos 12 meses?	Sí No
3. ¿Le han pegado, pateado, estrangulado, ó forzado a tener sexo?	Sí No	14. ¿Tuvo una pareja en los últimos 60 días con una enfermedad transmitida sexualmente?	Sí No
4. ¿Esta usted o sus hijos en una situación familiar peligrosa?	Sí No	15. ¿Ha tenido más de 1 infección de la gonorrea?	Sí No
5. ¿Usted usa productos del tabaco?	Sí No	16. ¿Ha trabajado en el comercio del sexo?	Sí No
Cuanto por: _____ día _____ semana		17. ¿Intercambiado sexo por drogas ó dinero?	Sí No
6. ¿Bebe alcohol?	Sí No	18. ¿Echo la prueba del VIH? Sí No	
Cuantas bebidas por: _____ día _____ semana		Cuando _____ Resultado _____	
7. ¿Usa drogas de la calle ó drogas inyectadas?	Sí No	19. ¿Usado alguna aguja para inyectarse drogas?	Sí No
¿Cuál(es) droga(s)? _____		20. ¿Usted vive con una persona infectada con Hepatitis B?	Sí No
¿Que tan seguido? _____		<b>Alguna de sus parejas sexuales:</b>	
8. <b>Usted ha:</b>		21. ¿Han sido hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres?	Sí No
¿Tenido relaciones sexuales?	Sí No	22. ¿Han usado drogas inyectadas?	Sí No
9. Vaginal? Sí No Oral? Sí No Rectal? Sí No		23. ¿Han tenido VIH/SIDA?	Sí No
¿Edad de su primera relación sexual (coito)? _____			
10. ¿Número de parejas sexuales? _____			
11. ¿Tenido sexo con <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer ó <input type="checkbox"/> los dos?			
¿Qué es lo que usted considera <b>su</b> comportamiento de más alto riesgo?			

## HISTORIAL DE EMBARAZO Y GINECOLOGICO

1. ¿Edad de su primera menstruación? _____		10. <b>Cuántas veces ha tenido usted lo siguiente:</b>	
2. ¿Tiene periodos normales?	Sí No	Embarazo _____ Nacimientos sin vida _____	
3. ¿Ha tenido usted una prueba de papanicolaou (pap)?	Sí No	Nacimientos vivos _____ Aborto provocado _____	
Fecha de su última prueba pap _____		Niños vivos _____ Embarazo ectópico _____	
4. ¿Ha tenido usted una prueba de pap que no es normal?	Sí No	Aborto involuntario _____ Problema con embarazo _____	
Fecha _____		11. Fecha de su último embarazo _____	
5. ¿Ha recibido tratamiento para una prueba pap anormal?	Sí No	12. <b>¿Piensa usted que esta embarazada ahora?</b>	Sí No
6. ¿Tiene dolor cuando tiene sexo?	Sí No	13. ¿Tiene planes de tener niños en el futuro?	Sí No
7. ¿Sangra después de tener sexo?	Sí No	14. ¿Se hace exámenes mensuales de pechos usted misma?	Sí No
8. Cuándo tiene su periodo, ¿tiene dolor que requiere medicamento?	Sí No	15. ¿Ha tenido usted una mamografía?	Sí No
9. ¿Tomó su madre DES mientras estaba embarazada con usted? (Si nació antes de 1972)	Sí No	Fecha de su última mamografía _____	
		16. ¿Ha tenido usted una prueba colorectal?	Sí No
		Fecha _____	

## HISTORIAL DE CONTROL DE NATALIDAD

¿Está usted activa sexualmente? Sí No	¿Está usando un método de control de natalidad? Sí No	¿Ha tenido problemas con algún método? Sí No
Marque el método que esta usando ahora: <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Anillo <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Diafragma		
<input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Salir antes de eyacular <input type="checkbox"/> Abstenerse <input type="checkbox"/> Espuma/gelatina/crema <input type="checkbox"/> Ritmo natural Esterilización: <input type="checkbox"/> Usted o <input type="checkbox"/> Pareja		
¿Qué método quiere hoy? (Puede marcar más de uno) <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Anillo <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Condón		
<input type="checkbox"/> Anticonceptivo de emergencia <input type="checkbox"/> Salirse antes de eyacular <input type="checkbox"/> Abstenerse <input type="checkbox"/> Espuma/gelatina/crema <input type="checkbox"/> Ritmo natural Esterilización: <input type="checkbox"/> Usted o <input type="checkbox"/> Pareja		

Firma del Cliente/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Interim Review \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisión del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Interim Review \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_