

# HISTORIA MEDICA DE PLANIFICACION FAMILIAR FEMENINA

## FEMALE FAMILY PLANNING HEALTH HISTORY FORM

**Por favor conteste las preguntas siguientes:** Please answer the questions below:

<b>Apellido:</b> Last Name:	<b>Nombre</b> First	<b>Fecha de nacimiento</b> Date of birth	<b>Edad</b> Age	<b>Fecha</b> Date today
<b>Número de teléfono en su domicilio</b> Home phone number (    )	<b>Mensaje/número de mensáfono</b> Message/pager number (    )		<b>Mejor hora para llamarle</b> Best time to call	

**¿Cuál es la razón principal de su visita el día de hoy?** What is the main reason for your visit today?

**¿Es usted alérgica a algún medicamento, mariscos o al cobre?**  **NO** NO  **SI** YES

**¿A cuáles? y describa cómo es la reacción:** Are you allergic to any medicines, shellfish, or copper?  
Which ones and describe what happened.

**¿Toma usted (o supuestamente debe tomar) medicamentos, remedios naturales, aspirina o algún otro medicamento diariamente?**  **NO** NO  **SI** YES **De ser así, por favor indíquelos.**

Do you take (or are you supposed to take) medicines, natural remedies, aspirin, or other drugs every day?  
List them:

NO	SI	¿Alguna vez ha tenido o tiene?: Have you ever had or do you have:	NO	SI	
NO	YES		NO	YES	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas con los riñones o la vejiga</b> Problems with your kidneys or bladder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Convulsiones</b> Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cáncer</b> Cancer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ataques al corazón o Derrames cerebrales</b> Heart attacks or Strokes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cirugía o problemas con los senos</b> Breast surgery or problems
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Presión sanguínea alta</b> High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Infecciones pélvicas tratadas en un hospital</b> Pelvic infection treated in the hospital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Depresión</b> Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fibromas uterinos o Quistes en los ovarios</b> Uterine fibroids or Ovarian cysts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Migrañas</b> Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Eczema o sarpullido fuerte de la piel</b> Eczema or bad skin rashes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Coágulos de sangre en sus vasos sanguíneos como en la pierna o el pulmón</b> Blood clot in your blood vessels like the leg or lung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Embarazos ectópicos o en las trompas de falopio</b> Ectopic or tubal pregnancy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis (Piel amarilla)</b> Hepatitis (turned yellow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Algún otro problema de salud serio</b> Any other serious medical condition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Transfusiones de sangre o uso de drogas por las venas</b> Blood transfusions or IV Drug use			

**¿Alguna vez alguien en su familia CERCANA (madre, padre, hermana, hermano, hija, hijo, o si sus padres tienen menos de 50 años, dé información acerca de otros familiares) ha tenido algo de lo siguiente?:**

*Has anyone in your IMMEDIATE family (mother, father, sister, brother, daughter, son, or if your parents are less than 50 give information about other relatives) had any of the following:*

		NO	SI
		NO	YES
<b>Diabetes</b> <i>Diabetes</i>	<b>¿Quién y a qué edad?</b> <i>Who and at what age?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Ataques al corazón</b> <i>Heart Attack</i>	<b>¿Quién y a qué edad?</b> <i>Who and at what age?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Cáncer:</b> <i>Cancer</i>	<b>¿Quién, qué tipo, y a qué edad fue descubierto?</b> <i>Who, what type and at what age found?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Derrame cerebral</b> <i>Stroke</i>	<b>¿Quién y a qué edad?</b> <i>Who and at what age?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>¿Coágulos de sangre en sus vasos sanguíneos como en la pierna o el pulmón? ¿Quién y a qué edad?</b> <i>Blood clots in blood vessels like the leg or lung? Who and at what age?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**Nuestros servicios son confidenciales, sin embargo, si usted es menor de 18 años y comparte con nosotros historia de abuso sexual o violación nosotros estamos obligados por ley a reportar esto a los Servicios Protectores de la Niñez. Si usted tiene preguntas acerca de estas leyes, por favor pregunte.** *Our services are confidential, however, if you are under the age of 18 and share with us a history of sexual abuse or rape we are required by law to report this to Child Protective Services. If you have questions about these laws, please ask.*

**¿Utiliza o consume usted tabaco?** *Do you use tobacco?* NO  SI   
**¿Qué cantidad consume?** \_\_\_\_\_ *How much do you use?* **¿Por cuántos años?** \_\_\_\_\_ *How many years?*

**¿Toma bebidas alcohólicas?** *Do you drink alcohol?* NO  SI   
**¿Con qué frecuencia?** *How often?*  diariamente *daily*  semanalmente *weekly*  mensualmente *monthly*

**¿Cuántas bebidas se toma al mismo tiempo?** *How many alcoholic drinks do you have at one time?*

1-2 bebidas *1-2 drinks*  3-4 bebidas *3-4 drinks*  5+ bebidas *5+ drinks*

**¿Consumen usted drogas (ejemplo: marihuana, cocaína o drogas por las venas)?** *Do you use other drugs (examples: marijuana, cocaine, or IV Drugs)?* NO  SI   
NO YES

**¿Qué es lo que usa?** \_\_\_\_\_ *What do you use?* **¿Con qué frecuencia?** *How often?*  Diariamente *Daily*  semanalmente *weekly*  mensualmente *monthly*

**¿Se siente usted segura y libre de violencia en sus relaciones personales?** *Do you feel safe from violence in your personal relationships?* NO  SI   
NO YES

**¿Alguna vez ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente o alguna infección genital?** *Have you ever had a sexually transmitted disease or genital infection?* NO  SI   
NO YES

**Encierre en un círculo aquellas que posiblemente usted haya tenido:** *Circle the ones you might have had:*

<b>Clamidia</b> <i>Chlamydia</i>	<b>Gonorrea</b> <i>Gonorrhea</i>	<b>Herpes</b> <i>Herpes</i>	<b>Verrugas genitales</b> <i>Genital Warts</i>	<b>Enfermedad inflamatoria pélvica</b> <i>PID</i>	<b>Sífilis</b> <i>Syphilis</i>
<b>VIH</b> <i>HIV</i>	<b>Vaginosis Bacterial</b> <i>Bacterial Vaginosis</i>	<b>Triconomas</b> <i>Trichomonas</i>	<b>Hepatitis B o C</b> <i>Hepatitis B or C</i>	<b>Infecciones producidas por hongos</b> <i>Yeast infections</i>	

**¿Edad que tuvo relaciones sexuales por primera vez?** \_\_\_\_\_  
*Age at first sex?*

**¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?** \_\_\_\_\_  
*How many different sex partners have you had in the last 12 months?*

**Su(s) pareja(s) fueron (encierre en un círculo las respuestas correctas)**

*Were your partners (circle correct answers):*

**Hombres**  
*Men*

**Mujeres**  
*women*

**Ambos**  
*both*

**Usuarios de drogas por las venas**

*IV Drug users*

**Bisexual**  
*Bisexual*

**Una pareja con múltiples parejas sexuales**

*A partner with multiple sex partners*

**¿Cuánto tiempo tiene con su(s) pareja(s) actual(es)?**

*How long have you been with your current sex partner(s)?*

**¿Qué tipos de sexo ha tenido en los últimos 12 meses? (encierre en un círculo)**

*What type of sex have you had in the past 2 months? (circle the types)*

**Vaginal** *Vaginal*

**Oral** *Oral*

**Anal** *Anal*

**Otros** *Other*

**Ninguno** *No Sex*

**¿Tiene usted síntomas de infección genital?**

*Do you have symptoms of a genital infection?*

**NO**   
*NO*

**SI**   
*YES*

**(encierre en un círculo)**

*(circle the ones you have)*

**Desecho vaginal**  
*Discharge*

**Olor**  
*Odor*

**Comezón (picazón)**  
*Itch*

**Sarpullido**  
*Rash*

**Bultos**  
*Bumps*

**Llagas**  
*Sores*

**Dolor al tener relaciones sexuales**  
*Pain with sex*

**Sangrado después de tener relaciones sexuales**  
*Bleeding after sex*

**Ardor (quemazón)**  
*Burning*

**Problemas con el ano o las heces fecales**  
*Stool or anal problems*

**Dolor al orinar**  
*Pain with urination*

**Orina frecuentemente o con urgencia**  
*Urgent or frequent urination*

**¿Ha usado algún método anticonceptivo**

**anteriormente?** *Have you used a birth control method before?*

**NO**   
*NO*

**SI**   
*YES*

**Haga un círculo alrededor de los tipos que ha usado y escriba cuantos años los usó:**  
*(Circle the types you have used and write in years of use:)*

**Píldoras**  
*Pills*

**Condones**  
*Condoms*

**Diafragma**  
*Diaphragm*

**Implantes**  
*Norplant*

**Dispositivo**  
*IUD*

**Inyección/Depo**  
*Shot/Depo*

**Vasectomía/ligadura de as trompas**  
*Vasectomy/Tubal*

**Abstinencia**  
*Abstinence*

**Eyacular fuera de la vagina**  
*Withdrawal*

**Supositorio/sello vaginal/Espuma**  
*Suppository/Film/Foam*

**Planificación familiar Natural/Método del Ritmo**  
*Natural Family Planning/Rhythm*

**Otro**  
*Other*

**¿Qué es lo que utiliza ahora?** *What do you use now?*

**¿Tiene algún problema con su método actual?** *List any problems with your current methods:*

**¿Alguna vez ha usado píldoras anticonceptivas por más de 5 años? (ésto puede prevenir el cáncer de los senos y el útero)** *Have you used birth control pills for more than 5 years? (this can prevent cancer of the ovaries and uterus)*

**NO**   
*NO*

**SI**   
*Yes*

**¿Está usted al día con sus inmunizaciones como la Rubéola o Hepatitis?** *Are you up to date with your immunizations like Rubella or Hepatitis?*

**NO**   
*NO*

**SI**   
*Yes*

**¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera menstruación?** *How old were you when you had your first period?*

**Edad:** *Age:* \_\_\_\_\_

**¿En su menstruación más reciente, cuál fue el primer día que comenzó a sangrar?** *For your most recent period, what was the first day bleeding started?*

**Fecha:** *Date:* \_\_\_\_\_

**¿Cuántos días le duran sus menstruaciones?** *How many days do your periods last?*

**# de días:** *# of days:* \_\_\_\_\_

**¿Cuántos días pasan desde el principio de una menstruación hasta el comienzo de la siguiente?** *How many days from the start of one period until the start of the next period?*

**# de días:** *# of days:* \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre sin usar algún método anticonceptivo?** *When was the last time you had sex with a male without birth control?*

**Fecha:** *Date:* \_\_\_\_\_

¿Piensa que podría estar embarazada ahora?

*Do you think you could be pregnant today?*

NO   
NO

SI   
YES

¿Se hace lavado vaginal o usa desodorantes vaginales en aerosol, talcos o paños?

*Do you ever douche or use genital deodorant sprays, powders or wipes?*

NO   
NO

SI   
YES

¿Va a ser éste su primer exámen pélvico el día

*de hoy? Will this be your first pelvic exam today?*

NO   
NO

SI   
YES

Fecha de su último Papanicolau:

*Date of your last Pap test:*

¿Han sido sus pruebas de Papanicolau siempre

*normales? Have your Pap tests been normal?*

NO   
NO

SI   
YES

Si alguna vez tuvo una prueba anormal de Papanicolau, diga cuándo, en dónde y qué se hizo al respecto?

*If you have had an abnormal Pap test, when, where, and what was done?*

¿Ha estado usted embarazada alguna

*vez? Have you ever been pregnant?*

NO   
NO

SI   
YES

(si contestó NO, usted no tiene que seguir con este cuestionario) *(If no, you are done)*

# de embarazos

*# of pregnancies* \_\_\_\_\_

# de partos

*# of deliveries* \_\_\_\_\_

# de hijos vivos

*# of living children* \_\_\_\_\_

# de abortos inducidos

*# of abortions* \_\_\_\_\_

# de abortos espontáneos

*# of miscarriages* \_\_\_\_\_

Si usted ha estado embarazada anteriormente ¿cuándo terminó su último

*embarazo? If you have been pregnant before, when did your last pregnancy end?*

Fecha: *Date:* \_\_\_\_\_

¿Tuvo diabetes cuando usted estaba embarazada?

*When you were pregnant, did you get diabetes?*

NO   
NO

SI   
YES

¿Alguno de sus bebés ha nacido pesando 10 libras o

*más? Have any of your babies been 10 pounds or more?*

NO   
NO

SI   
YES

ningún bebé  
*no babies*

NOTES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia revisada por: \_\_\_\_\_

*History reviewed by:*

Fecha: *Date:* \_\_\_\_\_

