

OCHD/Reproductive Health Clinic
100 W. Keenan St.,
Rhineland, WI 715-369-6116

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
FECHA/DATE: ____/____/____

HISTORIA MÉDICA DE LA MUJER / FEMALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Nombre / Name: _____
(Apellido / Last) (Nombre / First) (Inicial del Segundo nombre / MI)

Fecha de Nacimiento / Date of Birth _____ Edad / Age _____
(mes / día / año- mm / dd / yyyy)

Razón de su visita / Reason for visit: _____

Por favor marque si es alérgico a / Please mark if you are allergic to:

- Penicilina / Penicillin Zithromax Doxycycline Sulfa Amoxicillin
 Yodo / Iodine Látex / Latex Metal Rocephin Tetracycline
 Anestesia Local / Local anesthetic No tengo Alergias / No Allergies
 Otra(s) / Other(s): _____

Escriba una lista de los medicamentos, vitaminas, medicinas compradas sin prescripción y/o hierbas que he esté tomando / List medications, vitamins, over the counter drugs, and/or herbs you take:

¿Ha tomado antibióticos recientemente? Sí No Si contestó sí, ¿Cuándo? _____ ¿Para qué? _____
¿Qué clase? _____ / Have you recently taken antibiotics? Yes No If yes, When? _ What for? _ What kind? _

HISTORIA MENSTRUAL / MENSTRUAL HISTORY

1. Día que comenzó su última menstruación: _____ / Day last period began: _____

2. ¿Fue normal? Sí No / Was it Normal? Yes No

3. ¿Tiene dolores muy fuertes? Sí No / Do you have bad cramps? Yes No

4. ¿Sangra muy fuerte/mucho? Sí No / Do you bleed heavy? Yes No

5. Edad cuando tuvo su primera menstruación: _____ / Age when periods started: _____

6. ¿Ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación? Sí No / Have you had sex since your period?

HISTORIA SEXUAL / SEXUAL HISTORY

1. ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales? Sí No / Have you ever had sex? Yes No

2. ¿Ha tenido más de una pareja sexual en su vida? Sí No / Have you had more than one sex partner in your lifetime? Yes No

3. ¿Ha tenido usted una pareja sexual nueva en los últimos 90 días? Sí No No sé / Have you had a new partner in the past 90 days? Yes No Don't know

4. ¿Ha tenido su pareja una pareja sexual nueva en los últimos 90 días? Sí No No sé / Has your partner had a new partner in the past 90 days? Yes No Don't know

5. Marque si tiene: sexo vaginal sexo oral sexo anal sexo con hombres sexo con mujeres sexo con ambos / Mark if you have: vaginal sex oral sex anal sex sex with men sex with women sex with both

6. Marque si alguna vez ha tenido: Clamidia Gonorrea Virus de Papiloma/verrugas genitales Herpes Sífilis / Mark if you have ever had: Chlamydia Gonorrhea HPV/warts Herpes Syphilis

7. ¿Usted o su(s) pareja(s) ha(n) usado drogas intravenosas? Sí No No sé / Have you or your partner(s) used IV drugs? Yes No Don't know

8. ¿Ha tenido síntomas o una diagnosis de una enfermedad sexualmente transmitida en los últimos 90 días?

Sí No No sé / Have you had symptoms or a diagnosis of a sexually transmitted infection in the last 90 days?
 Yes No Don't know

9. ¿Ha tenido su pareja(s) síntomas o una diagnosis de una enfermedad sexualmente transmitida en los últimos 90 días?

Sí No No sé / Has your partner had symptoms or a diagnosis of a sexually transmitted infection in the last 90 days?
 Yes No Don't know

EMBARAZOS (Si nunca ha estado embarazada – pase a la siguiente sección) / **PREGNANCY** (If never been pregnant – go to next section).

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ / How many times have you been pregnant? _____

Fechas cuando sus embarazos terminaron _____ / Dates when your pregnancy(ies) ended _____

¿Está dando de amamantar? Sí No / Are you breastfeeding? Yes No

PLAN DE VIDA REPRODUCTIVA / **REPRODUCTIVE LIFE PLAN**

¿Espera a tener (más) hijos? Sí No / Do you hope to have any (more) children? Yes No

¿Cuántos niños espera tener? _____ / How many children do you hope to have? _____

¿Cuánto tiempo planea esperar (next) quedar embarazada? _____ / How long do you plan to wait until you (next) become pregnant?

¿Qué piensa hacer hasta que esté listo para quedar embarazada? _____ / What do you plan to do until you are ready to get pregnant? _____

¿Qué puedo hacer hoy para ayudarle a alcanzar su plan? _____ / What can I do today to help you achieve your plan? _____

HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS / **CONTRACEPTIVE HISTORY:**

¿SIEMPRE usa condones? Sí No / Do you ALWAYS use condoms? Yes No

¿Está usando algún método anticonceptivo ahorita? Sí No Si contestó sí, ¿Qué clase? _____ / Are you using birth control now? Yes No If yes, what kind _____

¿Quiere un método anticonceptivo hoy? Sí No Si contestó sí, ¿Qué clase? _____ / Do you want birth control today? Yes No If yes, what kind _____

¿Qué clase de método anticonceptivo ha usado en el pasado? _____ / What kind of birth control have you used in the past? _____

¿Ha tenido algún problema con esos métodos? _____ / Any problems with those methods? _____

HISTORIA SOCIAL / **SOCIAL HISTORY**

1. ¿Fuma cigarrillos? Sí No. Si contestó sí, ¿Cuántos por día? # _____ ¿Quiere dejar de fumar? Sí No / Do you smoke?
 Yes No If, YES, _____ # per day Do you want to quit? Yes No

2. ¿Bebe alcohol? Sí No / Do you drink alcohol? Yes No

3. ¿Le causa problemas el alcohol/las drogas en su vida y/o hay personas que están preocupadas? Sí No / Drugs cause problems in your life and/or are others concerned? Yes No

4. ¿Se siente amenazado o con miedo en su vida? Sí No / Do you feel threatened or afraid of someone in your life? Yes No

5. Marque si tiene preocupaciones sobre: Violaciones Relaciones sexuales forzadas/no deseadas Abuso físico Su peso Otra _____ / Mark if you have concerns about: Date Rape Forced or unwanted sex Physical abuse Weight Other: _____

6. ¿Ha recibido alguna vez cuidado médico o medicamentos para su salud mental? Sí No / Have you ever received medical care/medications for your mental health? Yes No

PAST MEDICAL HISTORY / PAST MEDICAL HISTORY

1. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Sí No. Si contestó sí, ¿Por qué? _____ / Have you ever been in the hospital? Yes No If yes, why _____

2. ¿Tiene un doctor? Sí No. Si contestó sí, ¿Cuál es el nombre del doctor? _____ / Do you have a doctor?
 Yes No If yes, Doctor's name: _____

3. Haga una lista de cualquier problema médico que tenga: _____ / List any medical problems: _____

4. ¿Cuál fecha de su último papanicolau? _____ ¿En qué Clínica? _____ / Date of your last pap smear? _____ What Clinic? _____

Tiene ahora o ha tenido alguna vez: / Do you now have or have you ever had:

Sí No / Yes No

___ Examen de Papanicolau anormal / Abnormal pap test

___ Anemia

___ Sickle cell anemia, trait of Thalassemi

___ Una condición Genética / Genetic condition

___ Cirugía o enfermedad en el seno / Breast Surgery or disease

___ Thrombophlebitis/blood clot(s) / Thrombophlebitis/ blood clot(s)

___ Diabetes

___ Mitral Value Prolapse (MVP)

___ Infección Pélvica/PID / Pelvic Infection/PID

___ Cirugía Bariátrica / Bariatric surgery

___ Desórdenes/Problemas en la sangre / Blood disorders/Problems with your blood

___ Endometriosis o quistes en los ovarios / Endometriosis or ovarian cysts

___ Problemas del corazón/Presión arterial alta / Heart Disease/High blood pressure

___ Crecimiento Uterino/fibroide / Uterine growth/fibroid

Sí No / Yes No

___ Cáncer

___ Enfermedad en la vesícula biliar / Gall Bladder disease

___ Asma / Asthma

___ Derrame cerebral / Stroke

___ Tuberculosis

___ Colesterol alto / High Cholesterol

___ Mono o Hepatitis

___ Diagnósis VIH/SIDA / Diagnósis w/HIV/AIDS

___ Convulsiones/Epilepsia / Seizure disorder/epilepsy

___ DES Exposure

HISTORIA FAMILIAR / FAMILY HISTORY

Si usted es adoptado y no sabe la historia médica de su familia pase a la siguiente sección. Han tenido su madre, padre, hermano o hermana alguno de los siguientes: / If you are adopted and do not know your family's medical history- go to next section.

Does your mother, father, brother, or sister have any of the following:

Derrame Cerebral / Stroke ___ Sí ___ No

Ataque al Corazón / Heart Attack ___ Sí ___ No

Coágulo de Sangre / Blood Clot ___ Sí ___ No

Cáncer en la Próstata / Prostate Cancer ___ Sí ___ No

Colesterol alto / High Cholesterol ___ Sí ___ No

Diabetes ___ Sí ___ No

Presión Arterial Alta / High Blood Pressure ___ Sí ___ No

Cáncer en los senos / Breast Cancer ___ Sí ___ No

Cáncer en los ovarios / Ovarian Cancer ___ Sí ___ No

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS / REVIEW OF SYSTEMS

A. General

___ Sí ___ No Aumento o pérdida peso reciente (+25 lbs) / Recent weight gain or loss (+25 lbs)

___ Sí ___ No Reacciones a medicamentos o comidas / Reactions to drugs or foods

B. Cardiovascular

___ Sí ___ No Dolor de pecho / Chest Pain

___ Sí ___ No Palpitaciones / Palpitations

___ Sí ___ No Venas varices / Varicose Veins

C. Genitourinario

___ Sí ___ No Sangre en la orina / Blood in urine

___ Sí ___ No Dolor o ardor al orinar / Pain or burning with urination

___ Sí ___ No Orina frecuente/dificultad para orinar / Frequent/ difficult urination

___ Sí ___ No Secreción o flujo vaginal, comezón, irritación, olor en la vagina / Vaginal discharge, itching, irritation, odor

___ Sí ___ No Bultos, sarpullido, llagas en el área de la vagina / Bumps rash, sores in the vaginal area

___ Sí ___ No ¿Ha orinado en la última hora? / Have you urinated in past hour?

___ Sí ___ No Dolor o sangrado durante relaciones sexuales / Pain or bleeding with sex

D. Músculos-esqueleto

___ Sí ___ No Dolor muscular o de los huesos / Muscle or bone pain/weakness

___ Sí ___ No Dolor de espalda / Back pain

E. Piel

___ Sí ___ No Acné / Acne

___ Sí ___ No Sarpullido/comezón / Rash/itching

___ Sí ___ No Sudores nocturnos/fiebre/escalofríos / Night sweats/ fever/ chills

___ Sí ___ No Otros problemas en la piel / Other skin problems

F. Senos

___ Sí ___ No Bultos en los senos / Breast lump

___ Sí ___ No Dolor en los senos / Breast pain

___ Sí ___ No Secreción del pezón / Nipple discharge

G. Ojos, Oídos, Nariz, y Garganta

___ Sí ___ No Problemas de audición / Hearing problems

___ Sí ___ No Sangrados nasales frecuentes / Frequent nose bleeds

___ Sí ___ No Dolor frecuente de garganta / Frequent sore throat

___ Sí ___ No Problemas de la Tiroides / Thyroid problems

___ Sí ___ No Visión nublada/ visión doble / Blurred vision/double vision

H. Respiratorio

___ Sí ___ No Tos crónica / Chronic cough

___ Sí ___ No Falta de aliento/Problemas para respirar / Shortness of breath/ breathing problems

I. Neuro/Psiquiátrico

___ Sí ___ No Convulsiones/ Intervalos / Convulsion/Seizures

___ Sí ___ No Dificultad con la memoria o el habla / Difficulty with memory or speech

___ Sí ___ No Problemas emocionales / Emotional problems

___ Sí ___ No Tristeza / Sadness

___ Sí ___ No Nerviosismo / Nervousness

___ Sí ___ No Adormecimiento / hormigueo / Numbness/tingling

___ Sí ___ No Dolores de cabeza / Headaches

J. Gastrointestinal

___ Sí ___ No Dolor abdominal / Abdominal pain

___ Sí ___ No Nausea/vómitos / Nausea/vomiting

___ Sí ___ No Cambios en sus hábitos para excrementar / Changes in bowel habits

___ Sí ___ No Cambios en el apetito / Changes in appetite

___ Sí ___ No Estreñimiento/diarrea / Constipation/ diarrhea

___ Sí ___ No Dolor o sangrado rectal / Rectal pain or bleeding

K. Vacunas (Maque todas las que ha recibido) / Immunizations (check all you've had)

Tétano / Tetanus

Hepatitis A

Tos ferina / Pertussis

Gardasil/Virus de Papiloma / Gardasil/HPV

Sarampión / Measles

Hepatitis B

Rubéola / Rubella

Infección Meningocócica / Meningococcal

Paperas / Mumps

Varicela / Chicken Pox

DIETA & EJERCICIO: # de porciones de los siguientes/por día: ___ Lácteos ___ Proteínas ___ Carbohidratos /

DIET & EXERCISE: # of servings of the following/per day: ___ Dairy ___ Protein ___ Carbs

¿Cuántas comidas come al día? / How many meals do you eat a day _____ ¿Cuánto café, té o soda al día? / How much coffee, tea and soda per day? _____

¿Qué hace para ejercicio? / What do you do for

exercise? _____ ¿Cuántas horas duerme? / How many hours of sleep do you get? _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento la información arriba está completa y correcta / To the best of my knowledge the above information is complete and correct.

Firma del Paciente / Patient Signature: _____ Fecha / Date _____ / _____ / _____

Notas del personal / Staff notes: _____

Tiempo cara a cara / Face-to-face time: _____ Tiempo de Educación y Asesoramiento / Counseling Time: _____

Firma del Personal / Staff Signature: _____ Fecha / Date _____ / _____ / _____