

HISTORIA MÉDICA DE LA MUJER / FEMALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Este expediente médico es confidencial y no se dará a conocer a nadie excepto que sea necesario por la ley / This medical record is confidential and will not be released to anyone except as may be required by law.

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

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

Por favor, me (nombre preferido) llamar / Please call me (preferred name): _____

Género preferido / Preferred Gender: He _____ She _____ Otro / Other: _____

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

Razón de su visita / Reason for visit: _____

¿Usted o su pareja viajó recientemente a una región conocida con la transmisión Zika o Ébola? Sí No Si es así, donde: _____ /
Have you or your partner recently traveled to a region with known Zika or Ebola transmission? Yes No If yes, where:

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

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

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

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

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

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

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

HISTORIA SEXUAL / SEXUAL HISTORY

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

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

¿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

¿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

¿Alguna vez ha realizado una actividad sexual en la que sintió que no podía decir que no? Sí No / Have you ever engaged in a sexual activity where you felt you couldn't say no? Yes No

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

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

¿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

¿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

¿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

HISTORIA MÉDICA DE LA MUJER / FEMALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste.180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

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? _____

¿Su pareja sexual (s) de acuerdo con su decisión de evitar el embarazo y el uso de métodos anticonceptivos en este momento? Sí No / Does your sexual partner(s) agree with your decision to prevent pregnancy and use birth control at this time? Yes No

¿Alguien ha hecho algo a su control de la natalidad - es decir, tirado sus píldoras, parches, anillos o tomado su condón antes o durante las relaciones sexuales? Sí No / Has anyone ever done anything to your birth control – i.e. thrown away your pills, patches, rings or taken his condom off before or during sex? Yes No

HISTORIA SOCIAL / SOCIAL HISTORY

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

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

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

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: _____

¿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

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

¿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: _____

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

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

HISTORIA MÉDICA DE LA MUJER / FEMALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
 Cliente No/Client No. _____
 Fecha/Date: ____/____/____

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

- | | |
|--|---|
| <p>Sí No / Yes No</p> <p>___ Examen de Papanicolau anormal / Abnormal pap test</p> <p>___ Anemia</p> <p>___ Sickle cell anemia, trait of Thalassemi</p> <p>___ Una condición Genética / Genetic condition</p> <p>___ Cirugía o enfermedad en el seno / Breast Surgery or disease</p> <p>___ Thrombophlebitis/blood clot(s) / Thrombophlebitis/ blood clot(s)</p> <p>___ Diabetes</p> <p>___ Mitral Value Prolapse (MVP)</p> <p>___ Infección Pélvica/PID / Pelvic Infection/PID</p> <p>___ Cirugía Bariátrica / Bariatric surgery</p> <p>___ Desórdenes/Problemas en la sangre / Blood disorders/Problems with your blood</p> <p>___ Endometriosis o quistes en los ovarios / Endometriosis or ovarian cysts</p> <p>___ Problemas del corazón/Presión arterial alta / Heart Disease/High blood pressure</p> <p>___ Crecimiento Uterino/fibroide / Uterine growth/fibroid</p> | <p>Sí No / Yes No</p> <p>___ Cáncer</p> <p>___ Enfermedad en la vesícula biliar / Gall Bladder disease</p> <p>___ Asma / Asthma</p> <p>___ Derrame cerebral / Stroke</p> <p>___ Tuberculosis</p> <p>___ Colesterol alto / High Cholesterol</p> <p>___ Mono o Hepatitis</p> <p>___ Diagnósis VIH/SIDA / Diagnósis w/HIV/AIDS</p> <p>___ Convulsiones/Epilepsia / Seizure disorder/epilepsy</p> <p>___ DES Exposure</p> |
|--|---|

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 | Diabetes | ___ Sí ___ No |
| Ataque al Corazón / Heart Attack | ___ Sí ___ No | Presión Arterial Alta / High Blood Pressure | ___ Sí ___ No |
| Coágulo de Sangre / Blood Clot | ___ Sí ___ No | Cáncer en los seno / Breast Cancer | ___ Sí ___ No |
| Cáncer en la Próstata / Prostate Cancer | ___ Sí ___ No | Cáncer en los ovarios / Ovarian Cancer | ___ Sí ___ No |
| Colesterol alto / High Cholesterol | ___ Sí ___ No | | |

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS / REVIEW OF SYSTEMS

A. General / 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 / Cardiovascular

- ___ Sí ___ No Dolor de pecho / Chest Pain
- ___ Sí ___ No Palpitaciones / Palpitations
- ___ Sí ___ No Venas varices / Varicose Veins

C. Genitourinario / Genitourinary

- ___ 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 / Musculoskeletal

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

E. Piel / Skin

- ___ 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 / Breasts

- ___ Sí ___ No Bultos en los senos / Breast lump
- ___ Sí ___ No Dolor en los senos / Breast pain
- ___ Sí ___ No Secreción del pezón / Nipple discharge

HISTORIA MÉDICA DE LA MUJER / FEMALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No./Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

G. Ojos, Oídos, Nariz, y Garganta / Eyes, Ears, Nose, Throat

- 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 / Respiratory

- Sí No Tos crónica / Chronic cough
 Sí No Falta de aliento/Problemas para respirar / Shortness of breath/ breathing problems

I. Neuro/Psiquiátrico / Neuro/Psych

- 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 / 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 __ Verduras __ Frutas __ Granos /

DIET & EXERCISE: # of servings of the following/per day: __ Dairy __ Protein __ Vegetables __ Fruits __ Grains

¿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 activiy física? / What do you do for physical activity? _____ ¿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 ____/____/____