HISTORIA INICIAL DE LA MUJER

North Dakota Departamento de Salud
División de Salud Familiar-Programa de Planificación Familiar
SFN 51061 (5-2010)

¿Tiene usted un médico de familia? ☐ No ☐ Sí Nombre del Médico_____	Fecha de Historia:

La historia de la salud es una parte importante de su atención médica. Si tiene alguna duda, consulte con nosotros.

Sí	No		COMENTARIOS DEL PERSONAL
		1. ¿Tiene alguna alergia (alimientos, medicinas o productos de latex)?	
		2. ¿Está tomando actualmente algún tipo de medicamento, la prescripción o medicamentos de venta libre? Lista:	
		3. ¿Está tomando cualquier tipo de suplementos a base de hierbas, píldoras de dieta, o vitaminas (Hierba de San Juan u otros)? Lista:	
		4. ¿Hay antecedentes familiares de (padres, hermanos, abuelos, tías o tíos)? (marque todo que corresponda): ☐ defectos de nacimiento, defectos géneticos ☐ cáncer ☐ diabetes ☐ High Cholesterol ☐ presión arterial alta, enfermedades de corazón, dolor del pecho, o falta del aliento ☐ enfermedad del hígado o la vesicular bililar ☐ convulsiones, epilepsia, pérdida de conocimieento o desmayo ☐ ataque de paralysis, coágulos de sangre en las piernas, púlmones o cabeza ☐ problemas de la tiroides	
		5. ¿Tiene usted una historia de (marque todo lo que corresponda): ☐ defectos de nacimiento, defectos géneticos ☐ cáncer ☐ diabetes ☐ High Cholesterol ☐ presión arterial alta, enfermedades de corazón, dolor del pecho, o falta del aliento ☐ enfermedad del hígado o la vesicular bililar ☐ convulsiones, epilepsia, pérdida de conocimieento o desmayo ☐ ataque de paralysis, coágulos de sangre en las piernas, púlmones o cabeza ☐ problemas de la tiroides	
		6. ¿Ha tenido o está planeando una cirgugía o una hospitalización? ¿Cuándo? ¿Por qué?	
		7. ¿Ha tenido una transfusión de sangre o expuesto a los productos sanguíneos desde el ultimo examen?	
		8. ¿Ha sido diagnosticado con las migrañas? Si es así, ¿tiene alguno de los siguientes síntomas? ☐ visión borrosa ☐ náuseas ☐ mareos ☐ entumecimiento ☐ el aura	
		9. ¿Usted le revise los senos para bultos?	
		10. ¿Tiene usted o ha tenido cancer de mama?	
		11. ¿Utiliza tabacohumo o masca (círculo)? En caso afirmativo, ¿número de latas/cigarillos por día? _____ ¿Cuánto tiempo ha estado usando tabaco? Meses: Años: En caso afirmativo, ¿está listo para dejar o reducir el uso del tabaco? ☐ Sí ☐ No ¿Está expuesto al humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No	¿Aconsejado dejar? ☐ Sí ☐ No ¿Referido? ☐ Sí ☐ No
		12. ¿Fue su último período normal? ¿Cuándo fue el primer día de su ultimo período?	
		13. ¿Sangra usted entre períodos?	
		14. ¿Usted falta períodos?	
		15. ¿Cree usted que podría estar embarazada ahora? ¿Cuándo fue la fecha de su última relación sexual?	
		16. ¿Alguna vez ha quedado embarazada en control de la natalidad?	
		17. ¿Está lactando?	
		18. ¿Cuándo fue su última citología vaginal (pap)?	
		19. ¿Ha tenido una vez una citología vaginal anormal (pap)?	
		20. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted en los últimos tres meses? _____ ¿En toda la vida? ¿Desde el último examen? ¿Duración de la relación actual?	

Firma de Funcionario:	Fecha:

La historia de los anticonceptivos: **COMPLETE LO SIGUIENTE SOLAMENTE SI ASÍ SE LE ORDENE**

		21. ¿Qué métodos de control de natalidad ha usado usted en el pasado? ☐ Capuchón Cervical ☐ Condone ☐ Depo Provera ☐ Diafragma ☐ Conocimiento de la Fertilidad ☐ DIU ☐ Norplant/Implante ☐ Anillo Vaginal ☐ Parches ☐ Píldoras ☐ Sacando ☐ Espermicidas (esfuma) ☐ Esponja ☐ Esterilización ☐ Otros ☐ Ninguno	
		22. ¿Qué método está usando ahora?	
		23. ¿Qué método le gustaría usar?	
		24. ¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos?	

Nombre (Imprima):	Fecha de Nacimiento:	Número de Registro:

DRAFT

Sí	No	¿Tiene usted algúna historia de:	COMENTARIOS DEL PERSONAL
		25. ¿La anemia? ¿Bajos de hierro en la sangre?	
		26. ¿Infección del tracto urinario (vejiga) o renal?	
		27. ¿Adormecimiento de cara, brazos, manos o piernas?	
		28. ¿Asma o enfermedad pulmonar? Lista de medicamentos::	
		29. ¿Depresión o la historia de salud mental?	
		30 ¿Usted bebe cafeína (soda, café, té)? ¿Cuántas latas o tazas por día?	
		31. ¿Consume alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántas copas? _____ ¿Con qué frecuencia? ☐ Todos los días ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Otros	
		32. ¿Alguna vez ha usado drogas ilícitas (marijuana, cocaína, crank, metanfetamina, otros)? ¿Con qué frecuencia? ☐ Todos los días ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Otros	
		33. ¿Tiene algunas preocupaciones sobre su alimentación?	
		34. ¿Usted no come durante largos períodos de tiempo?	
		35. ¿Alguna vez ha provocado el vómito después de comer?	

Menstrual o Antecedentes Ginecológicos

		36. ¿Qué edad tenía cuando comenzó su primer período?	
		37. ¿Por cuántos días duran sus períodos?	
		38. ¿Con qué frecuencia le viene la regla?	
		39. ¿Cuándo fue el primer día de su ultimo período?	
		40. ¿Es su período ☐ ligero ☐ medio ☐ pesado?	
		41. ¿Tiene dolor / calambres con su período?	
		42. ¿Está teniendo sexo? ☐ hombres ☐ mujeres ☐ vaginal ☐ anal ☐ oral En caso afirmativo, ¿Con que frecuencia usa condones? ☐ a veces ☐ siempre ☐ nunca	
		43. ¿Qué edad tenía cuando empezó a tener relaciones sexuales?	
		44. ¿Alguno de sus parejas anteriores o actuales tenían una historia de: ☐ el uso de drogas inyectables ☐ múltiples parejas ☐ bisexualidad ☐ infecciones de transmisión sexual VIH ☐ no aplicable	
		45. ¿Cómo se está protegiendo contra el VIH?	
		46. ¿Tiene dolor o sangrado al tener relaciones sexuales?	
		47. ¿Tiene dificultad al tener relaciones sexuales?	
		48. ¿Tiene dolor pélvico durante relaciones sexuales?	
		49. ¿Tiene infecciones vaginales?	
		50. ¿Ha estado en tratamiento por una infección de transmisión sexual?	
		51. ¿Ha tenido verrugas genitals?	
		52. ¿Ha notado: ☐ quemada ☐ supura ☐ picazón ☐ olor ☐ erupciones ☐ llagas ☐ protuberancias	
		53. ¿Alguna vez ha estado embarazada?	**G P SAB AB**
		54. ¿Usted desea un embarazo en el futuro?	

DRAFT

FOR STAFF USE ONLY:

DES exposure Date of expos:	Method & program consent	
Required adolescent counseling (Parental involvement and avoidance of sexual coercion)	ECP:	
Immunizations: Rubella / Hep B / Td or Tdap / HPV	Victim Assessment:	Risk Assessment:
Release of info.	Method ed. per policy:	
Initial info. packet given per protocol:	Nutrition:	
Review of annual prescription:	Deferred exam:	
Abstinence, Being Faithful, Condoms:	Pre & post interview done per policy: ☐ No ☐ Yes	
Staff Signature:	Date:	
Name:	Date of Birth	Client Number