LA HISTORIA INICIAL MUJER

North Dakota Departamento de Salud
División de Salud Familiar Programa de Planificación Familiar
SFN 59155 (5-2010)

¿Tiene usted un medico de familia? ☐ No ☐ Sí-Nombre de 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	¿Alguien en su familia tiene parientes de?: (si es así, indique quién)	**Comentarios del Clínico**
		1. ¿La Diabetes (el azúcar o en la sangre o en la orina?)	
		2. ¿Presión Arterial Alta?	
		3. ¿Colesterol Alto?	
		4. ¿Derrame Cerebral?	
		5. ¿Ataque al Corazón, Enfermedades del Corazón?	
		6. ¿Cáncer? ¿Qué tipo?	
		7. 1.¿Defectos de Nacimiento? ¿Defectos Genéticos? ¿ Cuáles son?	

¿Tiene USTED o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes?:

		8. ¿Alergias (alimientos, medicinas, medicamentos, o látex)?	
		9. ¿Anemia (falta de hierro en la sangre)?	
		10. ¿Diabetes?	
		11. ¿Enfermedad del hígado o la vesícula biliar?	
		12. ¿Tracto Urinario (vejiga) o infección de los riñones?	
		13. ¿Dolores de Cabeza/Migrañas (diagnosticó)?	
		14. ¿Convulsiones, epilepsia, desvanecimiento, desmayos?	
		15. ¿Adormecimiento de la cara, brazos, manos, piernas?	
		16. ¿Presión Arterial Alta?	
		17. ¿Derrame Cerebral o Coágulos Sanguíneos en las piernas, los pulmones, la cabeza?	
		18. ¿El Asma? Nota medicamento utilizado:	
		19. ¿Dolor de Pecho Intenso, problemas del corazón, falta de aliento?	
		20. ¿Los bultos en los senos?	
		21. ¿Usted le revise los senos para detectar bultos? ¿Conqué frecuencín?	
		22. ¿Cáncer? ¿Dónde y cuándo?	
		23. ¿Problemas de la tiroides?	
		24. ¿La Depresión o otra historia de salud mental?	
		25. ¿Una cirugía o una hospitalización? ¿Cuándo y por qué? ¿Tuvo una transfusión de sangre?	
		26. ¿Está tomando actualmente algún tipo de medicina recetada o medicamentos de venta libre? ¿Suplementos a base de hierba o píldoras de dieta? ¿Cuáles son?	
		27. ¿Toma vitaminas y minerales? ¿Con qué frecuencia?	
		28. ¿Usted bebe cafeína (soda, café, té)? ¿Cuántas latas o tazas por día?	
		29. ¿Bebe alcohol? ¿Con qué frecuencia?	
		30. ¿Fuma o masca tabaco? Si Sí, ¿Cuántos latas/cigarillos por día? _____ ¿Cuánto tiempo lleva usando tabaco? Meses: Años: Si Sí, ¿está listo para dejar o reducir el uso del tabaco? ☐ Sí ☐ No ¿Está expuesto al humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No	¿Ha sido aconsejado de dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No ¿Fue referido? ☐ Sí ☐ No
		31. ¿Utiliza usted drogas ilícitas (marijuana, cocaína, crank, metanfetamina, otros)? ¿Con qué frecuencia?	
		32. ¿Tiene algunas preocupaciones sobre su alimentación? ¿Usted no come durante largos períodos de tiempo? ¿Alguna vez ha provocado el vómito después de comer?	

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Clienta

LA HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS

			Comentarios del Clínico
		33. ¿Qué métodos anticonceptivos ha usado usted en el pasado? ☐ Píldoras/Pastillas ☐ Diafragma ☐ Ninguno ☐ Anillo Vagina ☐ Implante ☐ Condones ☐ Capuchón Cervical ☐ Esponja ☐ Esterilización ☐ Conocimiente de la Fertilidad ☐ Espermicidas (esfuma) ☐ el DIU ☐ Sacando ☐ Depo Provera ☐ Otro: _____	
		34. ¿Qué método está usando ahora?	
		35. ¿Qué método le gustaría usar?	
		36. ¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos? ☐ Sí ☐ No	
		37. ¿Alguna vez se ha quedo embarazada mientras estaba usando un método anticonceptivo? ☐ Sí ☐ No	
Sí	No	**Menstruo o Antecedentes Ginecológicos (Menstruo)**	
		38. ¿Cuántos añas tenía cuando comenzó su primer período menstrual?	
		39. ¿Por cuántos días duran sus períodos menstruales?	
		40. ¿Con qué frecuencia le viene el período menstrual?	
		41. Es su período ☐ ligero ☐ medio ☐ pesado ☐ Otro: _____	
		42. ¿Tiene dolor/calambres con su período menstrual?	
		43. ¿Sangra entre períodos menstruales?	
		44. ¿Fue normal su último período menstrual?	
		45. ¿Cuándo fue el primer día de su último período?	
		46. ¿Tiene relaciones sexuales? ☐ hombres ☐ mujeres Tipo: ☐ vaginal ☐ anal ☐ oral Si sí, ¿Con qué frecuencia utiliza condones? ☐ a veces ☐ siempre ☐ nunca	
		47. ¿Cuántos añas tenía al tener relaciones sexuales?	
		48. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 60 días? _____ ¿En la vida? ¿Duración de la relación actual?	
		49. ¿Alguno de sus parejas anteriores o actuales tenían una historia de: ☐ el uso de drogas inyectables ☐ Múltiples parejas ☐ bisexualidad ☐ infecciones de transmisión sexual y/o VIH ☐ no me aplica	
		50. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?	
		51. ¿Tiene dolor o sangra al tener relaciones sexuales?	
		52. ¿Tiene dificultades al tener relaciones sexuales?	
		53. ¿Tiene dolor pélvico durante las relaciones sexuales?	
		54. ¿Tiene infecciones vaginales?	
		55. ¿Ha estado en tratamiento por una infección de transmisión sexual?	
		56. ¿Ha tenido verrugas genitales?	
		57. ¿Tiene alguna secreción, erupciones (bultos), llagas, protuberancias, picazón, olor o ardor?	
		58. ¿Cuándo fue su última citología vaginal (pap)?	
		59. ¿Ha tenido una vez una citología vaginal anormal? ¿Cuándo?	
		60. ¿Alguna vez ha estado embarazada?	G P SAB AB
		61. ¿Cree usted que podría estar embarazada ahora?	
		62. ¿Usted desea un embarazo en el futuro?	
		63. ¿Cómo se está protegiendo contra la VIH?	

PARA USO EXCUSIVO DEL CLÍNICO

Exposición a DES Fecha de la expos	Método y programa de consentimiento	
Consejería Adolescente Requerido (Particiipación de los padres y la evitación de la coacción sexual)	ECP:	
Inmunizaciones: La Rubéola / Hep B / Td o Tdap / VPH	Evaluación de Víctima:	Evaluación de Riesgos:
Liberación de Info		
Paquete de información inicial dada por protocolo:	Método de ed. por política:	
Revisión de la receta anual:	Nutrición	
La Abstinencia, Ser Fiel, Condones:	Entrevistas antes y después realizadas por la política: ☐ Sí ☐ No	
Firma de Personal:	Fecha:	
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número de Clienta: