

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Hoy:
----------------	-----------------------------	----------------------

¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, de látex, penicilina, etc.)? Si No
 En caso afirmativo, indique: _____ Reacción: _____

¿Qué medicamentos está tomando (incluyendo dosis)? _____

¿Tiene alguna condición médica diagnosticada (Por ejemplo, asma, diabetes, hipertensión, etc.)? Si No
 En caso afirmativo, indique: _____

¿En la actualidad (selecciona todo lo que corresponda): N/A
 Fuma cigarrillos Consume Alcohol (# por semana: _____) Usa drogas (especificar: _____)

¿Qué edad tenía usted cuando iniciaron su vida sexual? _____ años

Actualmente, ¿se siente seguro en su casa? Si No

¿Alguna vez has sido víctima de abuso? No Si (seleccione todas las que correspondan):
 Mental/Verbal Física Violación Sexual

Si usted ha sido víctima de abuso, se tiene:
 Han reportado y solucionado No ha sido reportada, pero se resuelve No se ha informado o resueltos

¿Qué suele hacer para prevenir enfermedades de transmisión sexual? _____

¿Qué lo hace normalmente para evitar un embarazo no planeado? _____

Admisión de embarazo No estoy aquí para pruebas de embarazo (pase a la sección ETS)

1er día del último período menstrual: _____ ¿Actualmente tiene colocado un DIU? Si No

¿Fue normal su último período? Si No Sus períodos suele ser normal? Si No

Síntomas (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor o inflamación en los senos	<input type="checkbox"/> Cansado frecuentes
<input type="checkbox"/> micción frecuente	<input type="checkbox"/> Los dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Cambiar el apetito
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Si tengo una prueba positiva, estoy considerando: Aborto Crianza de los hijos Adopción Indeciso

Si se considera el aborto, ¿le gustaría chlamydia prueba / gonorrea hoy? Si (completar la sección de ETS) No

Los embarazos totales #: _____ Niños #: _____ Edades: _____

Abortos espontáneos #: _____ Aborto (provocado)#: _____ Ectópico #: _____

¿Ya ha tomado una prueba de embarazo? No Si Resultados: Positive Negativo Inconcluso

¿Alguna vez ha tenido una ligadura tubárica bilateral? Si No

¿Tiene algún perforaciones desde el pecho hacia abajo? Si No Si donde? _____

ETS / ITS Admisión No estoy aquí para Pruebas de ETS / ITS

¿Qué pruebas le gustaría haber hecho? Muestra de orina: Chlamydia Gonorrea
 Muestra de sangre: VIH Sífilis

¿Alguna vez ha sido probado para una enfermedad de transmisión sexual? No Si (Fecha última prueba _____)

¿Tiene un pasado / pareja actual le informa de que puede haber estado expuesto a una ETS / ITS? Si No
 Si es así, que las ETS / ITS? Chlamydia Gonorrea Hepatitis Herpes VIH VPH Sífilis Tricomoniasis Desconocido

¿Está actualmente experimentando algún síntoma? Si No

¿Alguna vez le han dicho que dio positivo por una ETS? Si No
 Si es así, que las ETS / ITS? Chlamydia Gonorrea Hepatitis Herpes VIH VPH Sífilis Tricomoniasis Desconocido

Alguna vez has (seleccione todas las que correspondan):
 Dado sexo oral recibido sexo oral tenido relaciones sexuales vaginales Tenido relaciones sexuales anales

¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? Si No

¿Cuántas parejas ha tenido en su vida? #: _____

Han sido sus parejas sexuales: Masculino Femenino Ambos

¿Tiene actualmente una pareja sexual principal? Si No

¿Es cualquiera de su actividad sexual cada vez combinado con el uso de drogas o alcohol? Si No

¿Que por lo general inicia sus actividades sexuales? Yo Pareja Ambos