

MRN:
(Solo uso de oficina)

| | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------|
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Fecha de hoy: |
|----------------|-----------------------------|----------------------|

Total de embarazos #: _____ **Niños #:** _____ **Edades:** _____

Abortos: (aborto espontáneo) _____ **Inducido (Aborto)** _____ **Ectópico** _____

Último Papanicolaou: _____ **Motivo de la visita:** _____

1^{er} día del último período menstrual _____ **¿Fue normal su último período?** Sí No

¿Sus períodos son normales? Sí No

¿Tiene algún tipo de sangrado anormal o manchado? Sí No

En caso afirmativo, aclare: _____

¿Ha tenido una cirugía reciente? Sí No *En caso afirmativo, especifique:* _____

¿Problemas médicos recientes? Sí No *En caso afirmativo, especifique:* _____

¿Está utilizando Control de la natalidad? Sí No *En caso afirmativo, especifique:* _____

¿Qué medicamentos está tomando (incluyendo la dosis)?

¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, de látex, penicilina, etc.)? Sí No
En caso afirmativo, liste con la reacción:

¿Realiza exámenes de seno mensualmente? Sí No

¿Alguna vez ha dado o recibido sexo oral? Sí No

¿Alguna vez has tenido sexo vaginal? Sí No

¿Alguna vez has tenido sexo anal? Sí No

¿Fuma cigarrillos? Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Es usted sexualmente activo (en los últimos 3 meses)? Sí No

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

¿Sus parejas sexuales han sido hombre, mujer, o ambos? Hombre Mujer Ambos

¿Tiene actualmente un compañero sexual primario? Sí No

¿Qué suele hacer para prevenir enfermedades de transmisión sexual?

¿Qué suele hacer para prevenir un embarazo no planeado? _____

¿Algunas de sus actividades sexuales son combinadas con el uso de drogas o alcohol? Sí No

¿Quién por lo general inicia sus actividades sexuales? Usted Pareja Ambos

¿Usted sabe si tiene alguna ITS/ETS? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Alguna vez ha tenido una ITS/ETS? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Le gustaría hacer las pruebas de ITS/ETS hoy? Sí No

Si es así, ¿qué pruebas le gustaría hacer?

Muestra de orina (que se llevará a cabo si tiene una prueba de Papanicolaou): Clamidia Gonorrea

Muestra de sangre (que no se incluyen en el examen a menos que se solicita): VIH Sífilis

¿Alguna vez ha sido víctima de abuso?: Ninguno Mental/Verbal Físico Violación Sexual

Si usted ha sido víctima de abuso, se tiene: Ha sido reportado y resuelto No ha sido reportado, pero esta resuelto No se ha reportado o resuelto