

## HISTORIA MÉDICA PARA MUJERES

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

Sí  No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí  No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí  No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es?

### A. Historia Médica Familiar:

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                       | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto                | 9. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos                 |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes                       | 10. <input type="checkbox"/> Cáncer                                 |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | 11. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES                         |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión                                 | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento         | 12. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |

Provider notes:

### B. Historia Médica Personal:

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                       | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica             | T. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos o migraña/jaqueca |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión                                 | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad                     | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios                     |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga       | V. <input type="checkbox"/> Cáncer<br>Tipo: _____                       |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia         | W. <input type="checkbox"/> Tiroides                                    |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto                              | O. <input type="checkbox"/> Depresión                        | X. <input type="checkbox"/> Fibroma                                     |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                            | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas            | Y. <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios                      |
| G. <input type="checkbox"/> Asma   | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos          | Z. <input type="checkbox"/> Endometriosis                               |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/hepatitis    |   |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación                      | S. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar |   |
| J. <input type="checkbox"/> Anemia                                       |  |   |

2.  Sí  No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía?  
Si contestó sí, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

3.  Sí  No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?

4.  Sí  No ¿Ha sido inmunizada contra rubella?  No sé

5.  Sí  No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B?  No sé

6. ¿Cuándo fue su último Papanicolau? \_\_\_\_\_  Nunca he tenido un Pap

Sí  No ¿Ha salido jamás anormal su prueba Papanicolau?  
Si contestó sí, cuándo fue? \_\_\_\_\_

7.  Sí  No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH?

Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue:  Positiva  Negativa?

8.  Sí  No ¿Ha tenido jamás usted una mamografía?

Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue normal? \_\_\_\_\_

### C. Historia Menstrual:

1. Su edad cuando tuvo su primera regla: \_\_\_\_\_

2. Su regla viene cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.

3. Sus reglas son:  Regulares  Irregulares  Dolorosas  Ligeras  Moderadas  Pesadas

4.  Sí  No ¿Tiene sangrado entre periodos?

### D. Historia de Embarazos:

Si nunca ha estado embarazada avance a la "Historia de Contracepción:"

1. Número de: \_\_\_\_\_ Embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos  
\_\_\_\_\_ Abortos inducidos \_\_\_\_\_ embarazos ectópicos

2. ¿Cuándo fue su último embarazo? \_\_\_\_\_ mes/año

3.  Sí  No ¿Está amamantando?

PATIENT IDENTIFICATION

7181-05 (1/10)

Item #: 026634

## E. Historial de Contracepción:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? \_\_\_\_\_ años  Nunca he tenido relaciones
2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento?  Muy  Algo  No tan importante
3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja?  Ninguno
- |   |  |  |
|---|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Condones                  | G. <input type="checkbox"/> Norplant                         | K. <input type="checkbox"/> Espuma, supositorios, crema, gel |
| B. <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas | H. <input type="checkbox"/> Diafragma/Capuchón cervical      | L. <input type="checkbox"/> Ritmo/planificación natural      |
| C. <input type="checkbox"/> DepoProvera/Inyección     | I. <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos/esterilización | M. <input type="checkbox"/> Pareja tuvo una vasectomía       |
| D. <input type="checkbox"/> Parche                    | J. <input type="checkbox"/> Retiro/coito interrumpido        |  |
| E. <input type="checkbox"/> NuvaRing (anillo vaginal) |  |  |
| F. <input type="checkbox"/> DUI (dispositivo)         |  |  |
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? \_\_\_\_\_  Ninguna
5.  Sí  No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?
6. Con qué frecuencia usa condones?  Siempre  A veces  Nunca
7.  Sí  No ¿Ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia (Plan B)?
8.  Sí  No  Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?

## F. Hábitos y Estilo de Vida:

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? \_\_\_\_\_  Ninguno
2.  Sí  No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? \_\_\_\_\_
3.  Sí  No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: \_\_\_\_\_
4.  Sí  No ¿Ha usado drogas inyectadas?
5.  Sí  No ¿Ha compartido agujas?
6.  Sí  No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
7.  Sí  No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
8.  Sí  No ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?
9. Ha tenido una pareja con historia de:  Uso de drogas inyectadas  Bisexualidad  SIDA/VIH

## G. Historia Sexual:

### En los últimos 12 meses...

1.  Sí  No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.
2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con:  Hombres  Mujeres  Ambos?
4. ¿Ha tenido relaciones sexuales:  Oral  Anal  Vaginal?
5.  Sí  No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
6.  Sí  No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales?  No sé
7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted o su pareja problemas con lo siguiente?  
Marque todo que aplique.
- |  |   |   |
|--|---|---|
| A. <input type="checkbox"/> Clamidia         | E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID) | H. <input type="checkbox"/> Sífilis     |
| B. <input type="checkbox"/> Gonorrea         | F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales              | I. <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| C. <input type="checkbox"/> Herpes genitales | G. <input type="checkbox"/> Vaginosis bacteriana (BV)       |   |
| D. <input type="checkbox"/> Tricomonas       |   |   |
8.  Sí  No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/Fecha actualizada

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico/Fecha actualizada

PATIENT IDENTIFICATION

7181-05 (1/10)



**FEMALE HEALTH QUESTIONNAIRE  
SPANISH**