

Nombre del cliente: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

¿Tiene alergias a algunos medicamentos, alimentos, polen y/o látex? Por favor apúntelos aquí: _____

Historia Nutricional

Sí No ¿Piensa en hacer cambios a su dieta? Explique los cambios: _____

Sí No ¿Hace ejercicio con regularidad? Describa: _____

Apunte todos los medicamentos con o sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) u otros productos que usa: _____

En los últimos 12 meses, ¿ha padecido de los siguientes problemas?

Sí No Me preocupé que me quedara sin alimentos y sin suficiente dinero para comprar más

Sí No Los alimentos que compré no me alcanzaron y no tenía dinero para comprar más

Sí No Me preocupé que no tuviera dinero para pagar la renta

Sí No Me preocupé que no tuviera dinero para pagar por los servicios públicos (pagos de agua, luz, electricidad)

Sí No Uso de tabaco (si contesta sí, por favor indique): anteriormente actualmente

Tipo de tabaco: _____ Cantidad por día: _____

Año que lo dejó: _____

Sí No Uso del alcohol (si contesta sí, por favor indique): Bebidas por semana: # _____

Sí No Uso de las drogas (si contesta sí, por favor indique): tipos y frecuencia: _____

Inmunizaciones (apunte las fechas)

Sí No ¿Está actualizado con sus inmunizaciones?

Sí No HPV (virus papiloma humano) ____ / ____ / ____

Sí No Influenza (la gripa) ____ / ____ / ____

Historial familiar

Marque aquí si no sabe su historial familiar

¿Han padecido sus abuelos, padres o hermanos alguno de los siguientes? Si contesta sí, apunte quién y a qué edad

Sí No Coágulos sanguíneos en los brazos/las piernas/el pecho _____

Sí No Problemas con sangrar _____

Sí No Presión arterial alta (hipertensión) _____

Sí No Colesterol/triglicéridos altos _____

Sí No Cáncer de mama/ovarios/útero/colon _____

Sí No Otro tipo de Cáncer _____

Sí No Ataque al corazón _____

Sí No Ataque cerebral (apoplejía) _____

Sí No Diabetes _____

Sí No Malformaciones congénitas _____

Sí No Abuso del alcohol/drogas _____

Su historial médico

Sí No En el último año, ¿fue a la sala de urgencias u hospital por alguna razón?

Por favor apunte: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Sí No Asma

Sí No Cardiopatía o presión arterial alta (hipertensión)

Sí No Ataque al corazón o ataque cerebral

Sí No Colesterol/triglicéridos altos

Sí No Migrañas o dolores de cabeza frecuentes

Por favor describa: _____

Sí No Cambios visuales o adormecimiento

Sí No Lupus (SLE)

Sí No Cáncer, Por favor apunte el tipo y el año que le diagnosticaron: _____

Sí No Problemas con la sangre (anemia falciforme, hemofilia, bajos niveles de hierro)

Sí **No** ¿Ha tenido usted o su pareja(s) una transfusión de sangre, un trasplante de órgano/tejido, o inseminación artificial?

Sí **No** Enfermedad inflamatoria intestinal

Sí **No** Enfermedad de vesícula

Sí **No** Cirugía Apunte por favor: _____

Sí **No** Enfermedad de la mama

Sí **No** Mamografía Fecha de la última mamografía: ____ / ____ / ____

Sí **No** Problemas con los riñones o la vejiga

Sí **No** Enfermedad del hígado (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis)

Sí **No** Diabetes

Sí **No** Epilepsia o convulsiones

Sí **No** Depresión u otros problemas de salud mental

Sí **No** ¿Ha tenido una cirugía de confirmación de género?

Su salud sexual y reproductiva

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

Sí **No** Clamidia

Sí **No** Gonorrea

Sí **No** Verrugas genitales/virus papiloma humano (VPH)

Sí **No** Sífilis

Sí **No** Herpes

Sí **No** Tricomoniasis

Sí **No** Uretritis no gonocócica

Sí **No** ¿Ha usado usted o su pareja(s) agujas para inyectarse con drogas?

Sí **No** ¿Ha recibido un tatuaje en un ambiente no regulado o no esterilizado?

Sí **No** ¿Ha cambiado usted o su pareja(s) el sexo por drogas o dinero?

Sí **No** ¿Usa condones? (o externo o femenino/interno)

Si los usa, ¿con cuánta frecuencia?: Casi nunca A veces Siempre

Sí **No** ¿Ha tomado una prueba de VIH alguna vez? ¿Cuándo? ____ / ____ / ____

Sí **No** ¿Ha salido positivo el resultado de una prueba de VIH alguna vez?

Sí **No** ¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en la vida? # _____

Sí **No** Son sus parejas: hombres mujeres los dos transgénero transexual intersexual no binario otro

Sí **No** ¿Tienes el sexo vaginal?

Sí **No** ¿Tienes el sexo oral? Marque los que apliquen:

Recibir Dar

Sí **No** ¿Tienes el sexo anal? Marque los que apliquen:

Insertar/Activo Recibir/Pasivo Los dos

¿Cuándo fue la última vez que tuvo el sexo? ____ / ____ / ____

Sí **No** ¿Ha tenido sexo con otros hombres sus parejas masculinas?

Sí **No** ¿Viven con el VIH algunas de sus parejas sexuales?

Sí **No** ¿Hay un adulto en su vida en quien confía para discutir temas como las relaciones saludables, el sexo, y los anticonceptivos?

Sí **No** ¿Le ha forzado una pareja a hacer algo sexual que no quería hacer o rehusó usar un condón a pesar de lo que usted pidió?

Sí **No** ¿Apoya su pareja su decisión acerca de cuándo/si quiere embarazarse?

Complete las siguientes preguntas solo si es **hombre, asignado masculino al nacer, o MTF** (masculino a femenino)

Historial Urológico

Sí **No** ¿Tiene secreciones anormales del pene?

Sí **No** ¿Tiene ahora o ha tenido anteriormente una llaga, lesión o bulto en el pene, escroto o testículos?

Sí **No** ¿Ha tenido dolor durante el sexo? ¿Cuándo?: _____

Su historial reproductivo

¿Cuántos hijos tiene? # _____

Sí **No** ¿Piensa en tener hijos o tener más hijos en el futuro?

¿Tiene idea de cuándo quiere tener hijos/más hijos? _____

¿Para usted, qué tan importante es prevenir el embarazo? _____

Sí **No** ¿Está usando algún método anticonceptivo?

¿Cuál método?: _____

Nombre del cliente: _____

Completa las siguientes preguntas solo si es **mujer, asignada femenino al nacer o FTM** (femenino a masculino)

Su historia menstrual

Por favor indique la fecha de su última regla (primer día): ____ / ____ / ____

Sí **No** ¿Fue normal su última regla?

Sí **No** ¿Tiene la regla cada mes?

Es el flujo: ligero mediano abundante

Sí **No** ¿Sangra entre períodos?

Sí **No** ¿Padece de dolores menstruales (cólicos)?

Sí **No** ¿Toma medicamentos para los cólicos? Indique el tipo: _____

¿Cuántos años tenía cuando le bajó la primera regla? _____

Su historia del embarazo

Sí **No** ¿Planea un embarazo en el próximo año?

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

Apunte las fechas que dio a luz: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

¿Cuántos hijos vivos tiene? # _____

Apunte las fechas de los abortos o abortos espontáneos (si es el caso): ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Apunte las fechas de algún embarazo ectópico: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Sí **No** ¿Está amamantando a un bebé actualmente?

Sí **No** ¿Ha tenido un bebé que pesó menos que 5 ½ libras?

Sí **No** ¿Ha tenido un bebé que pesó más que 9 libras?

Sí **No** ¿Durante algún embarazo tuvo presión arterial alta, diabetes, o un bebé con malformaciones congénitas?

Su historia ginecológica

¿Cuándo tuvo la última Papanicolaou o un chequeo para el VPH? ____ / ____ / ____

¿Ha tenido algunos de los siguientes?:

Sí **No** Papanicolaou o resultado de VPH anormal. Si lo tuvo, ¿cuándo? ____ / ____ / ____

Sí **No** Colposcopia, biopsia o tratamiento del cérvix

Si lo tuvo, ¿cuándo? ____ / ____ / ____

Sí **No** Problemas ováricos

Sí **No** Problemas del útero o fibromas uterinos

Sí **No** Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

Sí **No** Dolor u otros problemas con tener el sexo

Sí **No** Infecciones vaginales (candidiasis o infecciones bacterianas)

Su historia de los anticonceptivos

Sí **No** ¿Está planeando embarazarse en el próximo año?

¿Para usted, qué tan importante es prevenir el embarazo? _____

Sí **No** ¿Usa algún método anticonceptivo actualmente?

¿Cuál método? _____

Sí **No** ¿Ha usado algún método anticonceptivo con que tuvo problemas?

Por favor describa: _____

Sí **No** En los últimos 5 días o desde su última regla, ¿ha tenido el sexo sin usar un método anticonceptivo? ¿O se lo usó, pero falló el método? (Los condones son un método anticonceptivo).

Firma del Cliente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____