

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

Gracias por elegir el Carroll County Health Department para sus necesidades de atención médica.

Esperamos verlo en su cita el [] (fecha) Para que podamos hacer que su cita sea lo más eficiente posible, le pedimos que complete el formulario de historial médico a continuación. Si hay alguna pregunta que no comprende o prefiere no responder, puede dejarla en blanco. Tenga en cuenta que toda su información se mantendrá confidencial. Cuando hay terminado, guarde el formulario y envíelo por correo electrónico a cchd.reprohealth@maryland.gov. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 410-876-4930.

Nombre: [] Fecha de Nacimiento:

Fecha en que complete este formulario:

¿Cuál es el motivo de su visita?

Medicamentos actuales y alergias

Nombre del medicamento, concentración o dosis, con qué frecuencia lo toma, para que lo toma y quien lo receta

¿Es alérgica a algún medicamento? NO SI

En caso afirmativo, ¿a qué es alérgica y que sucede?

¿Es alérgica al LATEX? NO SI

¿Es alérgica a cualquier otra cosa? NO SI

En caso afirmativo, a que es alérgica y que sucede?

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

Historial médico Personal

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna condición de salud física o mental? Indique a continuación el año aproximado en el que se le diagnosticó por primera vez.

¿Alguna cirugía previa? NO SI

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por algo? NO SI

Historial Familiar

¿Alguien en su familia tiene algún problema de salud como presión arterial alta, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, coágulos de sangre, cáncer o cualquier otra afección para la que toma medicamentos?

Madre: NO SI En caso afirmativo, por favor enumere

Padre: NO SI En caso afirmativo, por favor enumere

Hermanos/as: NO SI En caso afirmativo, por favor enumere

Niños: NO SI En caso afirmativo, por favor enumere

Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form

Historial Social

¿Usa nicotina o productos de tabaco? SI NO Lo dejo (fecha)

¿Con qué frecuencia usa nicotina o productos de tabaco? Veces un: día semana
mes

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza (marque todas las que correspondan)?

Cigarrillos Cigarrillos electrónicos/vaporizador Rape Mastica
Puros Pipa Otro

¿Usa productos de cannabis / marihuana / CBD o THC en alguna forma?

SI NO Lo dejo (fecha)

¿Con que frecuencia usa productos de cannabis, CBD o THC?

veces al día semana mes

¿Bebe alcohol en alguna forma? SI NO Lo dejo (fecha)

Que cantidad de bebidas suele tomar a la vez?

¿Con que frecuencia bebe alcohol? veces al día semana mes

¿Bebe cafeína en alguna forma? SI NO Lo dejo (fecha)

¿Cuántas porciones de cafeína toma al día?

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza (marque todas las que correspondan)?

Café Te Bebidas energizantes Pastillas / gotas / suplementos Otro

¿Usa otras drogas o sustancias? SI NO Lo dejo (fecha)

¿Con qué frecuencia consume otras drogas o sustancias? veces al día semana
mes

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza (Marque todas las que correspondan)?

Opiáceos/Heroína Cocaína/Crack Pastillas para la ansiedad/Benzodiazepinas

(Benzos, BZDs)

Anfetaminas/Speed PCP/LSD/Éxtasis/Alucinógenos Inhalantes/Resoplando

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

Cualquier medicamento que no sea el recetado:
(list)

¿Esta con alguien más que consume alcohol, nicotina, cannabis o cualquier otra droga callejera?

NO SI

¿Hace ejercicio? NO SI

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? Diario Semanal Mensual

[PHQ-2]

¿Durante las últimas 2 semanas, ha tenido poco interés o placer en hacer cosas? NO SI

¿Durante las últimas 2 semanas, se ha sentido con su humor bajo, deprimido o sin esperanza?

NO SI

Evaluación de la confidencialidad de adolescentes (Para pacientes menores de 18 años)

¿Sus padres / tutores están conscientes de que viene aquí para recibir servicios? NO SI

¿Podemos compartir información médica y de facturación con ellos? NO SI

Si tiene alguna inquietud acerca de que su pare/tutor esté al tanto de su visita o esté involucrado en su atención médica, explique:

Control de Seguridad

¿Alguna vez ha tenido miedo de su pareja o alguien en su vida? NO SI

¿Alguna vez se ha escapado debido a la violencia en el hogar? NO SI

¿Alguna vez ha intercambiado sexo por comida, un lugar para quedarse o drogas? NO SI

¿Alguien le ha amenazado, herido o intimidado alguna vez? NO SI

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Su pareja sexual alguna vez se niega a usar un método anticonceptivo o usar condón? NO SI

¿Se siente presionado para tener relaciones sexuales? NO SI

Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form

¿Tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros? NO SI

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez?

¿Tiene amigos que consumen drogas? NO SI

Historial Sexual y Anticonceptiva

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo (ciclo menstrual)?

¿Le viene su periodo cada mes? NO SI

Cantidad de flujo (marque uno): ligero moderado bastante

Duración / ¿cuántos días le dura? días

¿Dolor con sus periodos? NO SI

¿Preocupaciones con el cambio de cómo le viene el periodo? NO SI

¿Dolor o incomodidad al orinar)? NO SI

¿Comezón? NO SI

¿Usa enjuagues (usa un champo vaginal)? NO SI

¿Tiene secreción vaginal u olor? NO SI

¿Tiene dolor o sangrado después del sexo? NO SI

¿Tiene llaga, ulcera o lesión? NO SI

¿Alguna erupción? NO SI

Si respondió AFIRMATIVAMENTE a alguna de las preguntas anteriores, explique o proporcione información:

¿Alguna vez se ha sometido a un examen pélvico (interno) antes? NO SI

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

¿En caso afirmativo, cuando fue su último examen?

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? NO YES

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Historial de Embarazo

¿Alguna vez ha estado embarazada? NO SI

¿En caso afirmativo, cuantas veces?

¿Alguna vez ha tenido un aborto espontaneo o un aborto? NO SI

¿En caso afirmativo, cuantas veces?

¿Ha dado a luz antes de las 36 semanas? NO SI

En caso afirmativo, cuantas veces?

¿Tiene hijos vivos? NO SI

En caso afirmativo, cuantos?

¿Tuvo alguna complicación durante alguno de sus embarazos? NO SI

En caso afirmativo, explique por favor:

Dio a luz a algún bebe que pesara menos de 5.5 libras o más que 9 libras? NO SI

En caso afirmativo, explique por favor:

Fecha del ultimo nacimiento de su hijo/a menor:

¿Está amamantando actualmente? NO SI

¿Tiene usted, su madre o su abuela antecedentes de exposición al DES (dietilestilbestrol)?

NO SI En caso afirmativo, explique por favor:

¿Piensas tu o tu pareja quedar embarazada en los próximos 12 meses? NO SI

Antecedentes Sexuales y Anticonceptivos

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los últimos 6 meses? NO SI

En caso afirmativo, ¿cuántos socios nuevos en los últimos 6 meses?

¿Tiene relaciones sexuales con hombre, mujeres o ambos?

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida?

¿Con que frecuencia usa condones, del 0% (nunca) al 100% (todo el tiempo)?

¿Qué tipo de sexo tiene (marca todas las que correspondan)? Oral Vaginal Anal/Rectal

¿Alguna vez le han hecho pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual o VIH? NO

SI

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez?

¿Ha tenido alguna vez una infección de transmisión sexual antes? NO SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección (MARQUE todo lo que corresponda)?

Chlamydia Gonorrea Herpes (HSV) HPV (verrugas) VIH

Tricomoniasis (Trich) Sífilis

¿Antecedentes de infección por Hepatitis B o C? NO SI

En caso afirmativo, ¿que tipo de infección y cuando le diagnosticaron?

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre antes de 1984? NO SI

¿Le gustaría hacerse la prueba del VIH el día de su cita? NO SI

Si respondió afirmativamente a algunas de las preguntas anteriores, explique o proporcione más información:

Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form

Historial Anticonceptivo

Su pareja usa alguna de las siguientes opciones anticonceptivas

¿Depo Provera (inyección)? NO SI

¿Píldoras anticonceptivas orales? NO SI

¿Parche? NO SI

¿Anillo vaginal? NO SI

¿DIU? NO SI

¿Implante de brazo? NO SI

¿Condomes? NO SI

¿Otro? NO SI

¿Cuál fue el tipo de anticoncepción más reciente que usted uso?

¿Algún problema con cualquiera de los métodos utilizados antes?

Evaluación de Dolores

Tiene alguno de los siguientes:

¿Dolor abdominal? NO SI

¿Dolor en el pecho? NO SI

¿Dolor de cabeza? NO SI

¿Problemas oculares / visión borrosa? NO SI

¿Hinchazón o dolor en las piernas? NO SI

Evaluación de su pareja

¿Su pareja tiene relaciones sexuales con hombre, mujeres o ambos?

¿Están usted y su pareja en una relación monógama o exclusiva? NO SI

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
Female Health History Form**

¿Su pareja tiene antecedentes de alguna infección de transmisión sexual? NO SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección? (marque todo lo que corresponda)

Clamidia Gonorrea Herpes (HSV) VPH (Verrugas) VIH

Tricomonas (Trich) Sífilis

¿Su pareja intercambia sexo por drogas o dinero? NO SI

¿Su pareja se inyecta o usa drogas intravenosas? NO SI

¿Ha estado su pareja en la cárcel, prisión o centro de detención? NO SI

Si respondió AFIRMATIVAMENTE a alguna de las preguntas anteriores, explique o proporcione más información: