

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Problem Visit History Form**

Está programado para una visita centrada en problemas en  (fecha). Para que podamos brindarle la mejor atención posible, responda a las siguientes preguntas lo antes posible. Puede enviar por correo electrónico el formulario de respuestas a [cchd.reprohealth@maryland.gov](mailto:cchd.reprohealth@maryland.gov)

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Fecha en que completo este formulario:

¿Cuál es el motivo de su visita?

¿Toma algún medicamento (recetado o sin receta)? NO  SI

En caso afirmativo, por favor enumere:

¿Es alérgica/o a algún medicamento? NO  SI

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

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Problem Visit History Form**

¿Qué tipo de síntomas o problemas esta experimentado? Marque todo lo que corresponda

- Comezón     Ardiente     Flujo     Dolor     Erupción/dolor/mancha  
 Dolor o sangrado con el sexo     Periodo anormal/sangrado vaginal

Otro: (por favor explique)

¿Alguna vez ha estado expuesto a una ETS o VIH? Otro: explique    NO     SI

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Pareja reciente en los últimos 6 meses?    NO     SI

¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo?  (fecha).

Uso Condón? NO     SI

Si corresponde, cuando fue el primer día de su último periodo menstrual:  (fecha).