

Fecha: _____

Nombre: _____

Formulario Suplementario de Historial Femenina**La razón por la visita de hoy:**Por favor revise los **síntomas** que tiene hoy y indique cuánto **tiempo** los ha tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pareja diagnosticada con Enfermedad Transmitida Sexualmente | |
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | |
| <input type="checkbox"/> Picazón genetal | |
| <input type="checkbox"/> Cambio en flujo vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Ampollas o llagas | |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido | |
| <input type="checkbox"/> Granos, verrugas | |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

Información General de Salud de Planificación Familiar:

- | | |
|--|--|
| ¿Cual fue la fecha del primer dia de su ultimo período menstrual? | |
| ¿Cuál es su método anticonceptivo actual? | |
| ¿Le gustaría quedar embarazada en el próximo año? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se |
| Fecha del parto del último niño: | |
| ¿Está amamantando actualmente? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usted a tenido una pareja nueva desde su última visita? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su pareja ha tenido una pareja nueva desde su última visita? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se |
| ¿Usa condones para protección de Enfermedades Transmitidas Sexualmente? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo sin protección (sin condón)? | |
| ¿Cuáles son sus prácticas sexuales (actuales y pasadas)?
Marque todas las que apliquen: | <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal |
| Sus compañeros sexuales son: (marque todas las que apliquen) | <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres
<input type="checkbox"/> Ortos: |
| ¿Cuándo fue su última prueba de VIH? | |

¿Tiene algún problema de salud? Si No

Si la respuesta es si, por favor explique:

Lista de medicamentos/suplementos que está tomando actualmente: Ninguno**Lista de cualquier medicamento/sustancias o alergias que usted tenga:** Ninguno¿Alguna vez alguien ha abusado de usted emocionalmente, físicamente, sexualmente, o verbalmente? Si NoEn caso afirmativo, ¿ha tenido consejo para esto? Si No¿Está siendo presionada para tener relaciones sexuales cuando no es su elección? Si No¿Alguien intenta evitar que abandone su trabajo o residencia? Si No¿Tiene control sobre sus propios documentos de identificación? Si NoSi usted tiene pareja, ¿se siente segura con esta persona? Si No No tengo parejaSi usted es menor de 18 años, ¿tiene algún adulto de confianza para recurrir en busca de apoyo? Si NoSituación de vida actual: Hogar Sin hogar Ambiente de vida sobrio Otro:

¿Qué número de teléfono confidencial podemos usar para llamarle?

Client Label Here