

HISTORIAL MÉDICO GENERAL

Instrucciones: Debe completarse en la visita inicial y revisarse en cada visita posterior.

Fecha: ___ / ___ / _____

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN BÁSICA	
1. Nombre preferido: _____	
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro: _____	
2. ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (FtM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (MtF) <input type="checkbox"/> No binario/No convencional <input type="checkbox"/> No listado: _____	
3. ¿Qué sexo le fue asignado al nacer? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No listado: _____	
4. País de nacimiento: _____ Idioma principal: _____	

SECCIÓN 2. HISTORIAL MÉDICO				-SOLO PARA USO OFICIAL-	
Marque a continuación si usted o cualquier familiar tiene lo siguiente:				Date and initial each entry	
Usted		Familia			
1. Alergias (alimento, insectos, drogas, látex)			12. Hipertensión		
2. Anemia (falta de hierro)			13. Discapacidad intelectual o problema de aprendizaje		
3. Asma o problemas respiratorios			14. Problemas del riñón o de la vejiga		
4. Trastorno autoinmune (lupus, artritis reumatoide, celíaco, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, etc.)			15. Enfermedad del hígado o hepatitis		
			16. Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.)		
5. Coágulos sanguíneos (piernas o pulmones)			17. Jaquecas / dolores de cabeza		
6. Enfermedad de la sangre o problema de sangrado			18. Osteoporosis / osteopenia		
			19. Convulsiones / epilepsia		
7. Cáncer			20. Problemas de la piel		
a. Cáncer de mama			21. Anemia drepanocítica		
b. Cáncer de ovario			22. Problemas intestinales o estomacales		
c. Cáncer cervical			23. Derrame cerebral		
8. Diabetes (azúcar)			24. Problemas de tiroides		
9. Deficiencia de G6PD			25. Tuberculosis o problemas pulmonares		
10. Problemas cardíacos/soplos			26. Visión / problemas oculares		
11. VIH / SIDA					
27. ¿Quién es su doctor de cabecera/familiar? _____ <input type="checkbox"/> Nadie					
28. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		29. ¿Ha tenido una cirugía alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<i>En caso afirmativo, indique las fechas y motivos:</i>		<i>En caso afirmativo, indique las fechas y motivos:</i>			

SECCIÓN 3. HISTORIAL DE INFECCIÓN				-SOLO PARA USO OFICIAL-	
1. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?				Date and initial each entry	
Sí		No			
a. Gonorrea			f. Tricomonas (trich)		
b. Clamidia			g. Enfermedad pélvica inflamatoria (PID)		
c. Sífilis			h. Uretritis no gonocócica (NGU)		
d. Herpes			i. Otra/no recuerda		
e. VPH/Verrugas genitales					
2. ¿Recibió una transfusión de sangre, productos sanguíneos, o una donación de órganos antes de 1992?					
3. ¿Recibió factores de coagulación antes de 1987?					

- SOLO PARA USO OFICIAL -	
<input type="checkbox"/> Interpreter or assistive services used	<input type="checkbox"/> Declined
Name: _____	
Title: _____	Number: _____

LABEL

SECCIÓN 4. VACUNACIONES Y EXPOSICIONES	-SOLO PARA USO OFICIAL-
<p>1. ¿Alguna vez ha sido vacunado contra el virus de papiloma humano (VPH), el virus que provoca ciertos cánceres y verrugas genitales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría <input type="checkbox"/> No, no estoy interesado <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>2. ¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis B (HBV)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría <input type="checkbox"/> No, no estoy interesado <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>3. ¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis A (HAV)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría <input type="checkbox"/> No, no estoy interesado <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>4. Marque todas las sustancias que use actualmente, o haya usado anteriormente:</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarros/tabaco/vapeo ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alcohol/cerveza/vino/licor ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Marihuana ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Crack/cocaína ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Opioides (heroína/fentanilo/oxi) ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suboxona/metadona ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto? _____</p>	<p><i>Date and initial each entry</i></p>

SECCIÓN 5. ANTICONCEPTIVOS (TODOS LOS CLIENTES)	-SOLO PARA USO OFICIAL-
<p>1. Marque con un círculo todos los métodos anticonceptivos que usted o su pareja hayan usado alguna vez:</p> <p>Condones Espuma Esponja Tela Parche Anillo DIU/SIU Crema</p> <p>Supositorios Diafragma Capuchón Píldora Inyección (Depo-Provera) Implantes</p> <p>Ritmo Marcha atrás Cuentas de seguimiento de ciclo Anticonceptivo de emergencia (Plan B)</p> <p>2a. Si fue asignada como femenino al nacer, ¿se ataron sus trompas, extirpó el útero, o tuvo un procedimiento Essure? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2b. Si fue asignado como masculino al nacer, ¿tuvo una vasectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Enumere las dificultades que experimentó con los métodos anticonceptivos anteriores, si tuvo alguno:</p>	<p><i>Date and initial each entry</i></p>

SECCIÓN 6. SI FUE ASIGNADA COMO FEMENINO AL NACER	-SOLO PARA USO OFICIAL-
<p>1. ¿A qué edad empezó su periodo? _____</p> <p>2. ¿Con qué frecuencia tiene un periodo? _____ ¿Cuánto tiempo duran sus periodos? _____</p> <p>En su día más intenso, ¿cuántas toallas o tampones usa por día? _____</p> <p>¿Alguna vez se saltó un periodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Tiene problemas relacionados al periodo? (es decir, calambres, inflamación abdominal, cambios de humor) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Cuándo fue su último Papanicolaou o examen de VPH? _____</p> <p>¿Dónde fue realizada? (nombre del consultorio/edificio) _____</p> <p>5. ¿Alguna vez tuvo un problema con el Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamiento recibió? (marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Repetición PAP <input type="checkbox"/> Colpo (fecha): _____ <input type="checkbox"/> LEEP (fecha): _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Ninguno</p>	<p><i>Date and initial each entry</i></p>

LABEL

SECCIÓN 7. HISTORIAL DE EMBARAZOS ANTERIORES (SI CORRESPONDE)

Fecha	Semanas portado	Resultado del embarazo (marque uno con un círculo)	Tipos de parto (marque uno con un círculo)		Peso al nacer	Lugar del parto	Complicaciones
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			
		Nacido vivo Terminación Aborto Mortinato	Vaginal	Cesárea			

¿Tuvo una de las siguientes dolencias durante el embarazo?

- ¿Diabetes? Sí No
 ¿Hipertensión? Sí No

- SOLO PARA USO OFICIAL -

Additional Significant Findings:

- SOLO PARA USO OFICIAL -

REVIEW NOTES	INITIALS	DATE	REVIEW NOTES	INITIALS	DATE
<input type="checkbox"/> Reviewed, initial visit			<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes			<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted			<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes			<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted			<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes			<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted			<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes			<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted					
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes					
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted					
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes					
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted					

LABEL

HISTORIAL MÉDICO DE VISITA

Instrucciones: Completa en cada visita (con excepción de las visitas de seguimiento).

Fecha: ___ / ___ / _____

SECCIÓN 1. SALUD SEXUAL	- SOLO PARA USO OFICIAL -
<p>1. ¿Qué lo trae hoy a la clínica? (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Solo exámenes/análisis (SIN SÍNTOMAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo síntomas que me están molestando Por favor, describa sus síntomas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se me dijo que venga por mi pareja o alguien más ¿Quién le dijo que viniera? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja me dijo que ella/él tiene una ITS Por favor, especifique cuál ITS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Para anticonceptivos o servicios de planificación familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de seguimiento o tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Otro motivo: _____</p> <p>2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo (vaginal, anal, u oral) sin condón? (¿O cuándo se rompió o salió el condón durante el sexo?) ___ / ___ / _____</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia usa condones? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>4. ¿Qué tipos de sexo tuvo en el último año? (marque todos los que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi boca en su (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> pene <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> La boca de mi pareja en mi (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> pene <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi vagina en su (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> pene <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> La vagina de mi pareja en mi (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> pene <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pene en su (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> El pene de mi pareja en mi (<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> otro: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Compartí juguetes sexuales con mi pareja</p> <p>5. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo ... en los últimos 2 meses? _____ ... en el último año? _____</p> <p>6. ¿Está su pareja sexual actual hoy con usted para atenderse también? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Están usted o su pareja usando algún método para evitar el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No corresponde</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué método está usando? _____</p> <p>En caso contrario, ¿le gustaría hablar sobre las opciones de anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Date and initial each entry</p>

SECCIÓN 2. SI FUE ASIGNADA COMO FEMENINO AL NACER	- SOLO PARA USO OFICIAL -
<p>8. ¿Está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>9. ¿Necesita un anticonceptivo de emergencia hoy? (como la "pildora del día después" o Plan B) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>	<p>Date and initial each entry</p>

- SOLO PARA USO OFICIAL -
<p><input type="checkbox"/> Interpreter or assistive services used <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Name: _____</p> <p>Title: _____ Number: _____</p>

<p>LABEL</p>

SECCIÓN 3. PREGUNTAS DEL EXAMEN MÉDICO

- SOLO PARA USO OFICIAL -

Por favor, responda las siguientes preguntas:

En el último año En su vida Nunca

Date and initial each entry

- 10. ¿Ha tenido sexo con un hombre? En el último año En su vida Nunca
- 11. ¿Ha tenido sexo con una mujer? En el último año En su vida Nunca
- 12. ¿Ha tenido sexo con una persona transgénero? En el último año En su vida Nunca
- 13. ¿Ha tenido sexo con desconocidos? En el último año En su vida Nunca
- 14. ¿Ha tenido sexo con alguien que tenía el VIH/SIDA? En el último año En su vida Nunca
- 15. ¿Ha tenido sexo con un hombre que tenía sexo con otros hombres? En el último año En su vida Nunca
- 16. ¿Ha tenido sexo por drogas, dinero, u otras cosas que necesitaba? En el último año En su vida Nunca
- 17. ¿Ha tenido sexo con alguien que ofrecía sexo por dinero, drogas, u otras cosas que necesitaba? En el último año En su vida Nunca
- 18. ¿Estuvo en prisión alguna vez? En el último año En su vida Nunca
- 19. ¿Se ha inyectado alguna droga no recetada por un doctor? En el último año En su vida Nunca
- 20. ¿Ha aspirado drogas? En el último año En su vida Nunca
- 21. ¿Ha compartido equipo para inyectarse o drogas para inhalar, esteroides, hormonas, silicona, u otras sustancias? En el último año En su vida Nunca
- 22. ¿Se realizó algún tatuaje o perforación fuera de un salón con licencia? En el último año En su vida Nunca
- 23. ¿Ha tenido sexo con alguien que tiene Hepatitis C? En el último año En su vida Nunca
- 24. ¿Ha vivido o tenido sexo con alguien que tiene hepatitis B? En el último año En su vida Nunca
- 25. ¿Ha sido golpeado, abofeteado, ahorcado, abusado sexualmente, o de otra forma herido físicamente por alguien, incluyendo alguien con quien tenía citas o con quien salía? En el último año En su vida Nunca
- 26. ¿Alguna vez alguien le hizo tener sexo (vaginal, oral, anal) cuando no quería, incluyendo alguien con quien tenía citas o con quien salía? En el último año En su vida Nunca

- 27. ¿Tuvo sexo con alguien que conoció por Internet o una aplicación móvil?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿qué sitios o aplicaciones usó? _____
- 28. ¿Piensa (o sabe) si su pareja ha estado teniendo sexo con alguien más?
 Sí No No sabe
- 29. ¿Está interesado en medicamentos para prevenir el VIH (como PrEP o nPEP)?
 Sí No No estoy seguro
- 29. ¿Alguna vez se realizó la prueba para el VIH?
 No Sí: ¿Fecha de la última prueba? _____
- 30. ¿Alguna vez se realizó la prueba para sífilis?
 No Sí: ¿Fecha de la última prueba? _____
- 32. Por favor, enumere preguntas específicas que tiene para el proveedor de hoy:

Reminder: Record any changes to the client's medical or STI history on the "General Health History" form.

- SOLO PARA USO OFICIAL -

REVIEW NOTES	INITIALS	DATE
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		

LABEL