

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: Él Ella Ellos Otro: _____

2. ¿Cuál es su género? Masculino Femenino Hombre transgénero (FtM) Mujer transgénero (MtF)
 No binario/No convencional No listado: _____

3. ¿Qué sexo le fue asignado al nacer? Masculino Femenino Intersexual No listado: _____

4. País de nacimiento: _____ Idioma principal: _____

SECCIÓN 2. HISTORIAL MÉDICO

Marque a continuación si usted o cualquier familiar tiene lo siguiente:				-SOLO PARA USO OFICIAL-	
Usted				Familia	
Usted		Familia		Date and initial each entry	
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		
5. Coágulos sanguíneos (piernas o pulmones)			16. Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.)		
6. Enfermedad de la sangre o problema de sangrado			17. Jaquecas / dolores de cabeza		
7. Cáncer			18. Osteoporosis / osteopenia		
a. Cáncer de mama			19. Convulsiones / epilepsia		
b. Cáncer de ovario			20. Problemas de la piel		
c. Cáncer cervical			21. Anemia drepanocítica		
8. Diabetes (azúcar)			22. Problemas intestinales o estomacales		
9. Deficiencia de G6PD			23. Derrame cerebral		
10. Problemas cardíacos/soplos			24. Problemas de tiroides		
11. VIH / SIDA			25. Tuberculosis o problemas pulmonares		
27. ¿Quién es su doctor de cabecera/familiar? _____			26. Visión / problemas oculares		
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

Marque a continuación si usted o cualquier familiar tiene lo siguiente:				-SOLO PARA USO OFICIAL-	
Usted				Familia	
Sí		No		Date and initial each entry	
1. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?					
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 -

Interpreter or assistive services used 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>	<i>Date and initial each entry</i>

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>	<i>Date and initial each entry</i>

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>	<i>Date and initial each entry</i>

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