

Este cuestionario está diseñado para ayudarle a usted y a los miembros del personal médico con sus necesidades de salud. Si usted tiene algún problema para resolver algunas de las preguntas, el entrevistador le ayudará gustosamente a resolverlas. La información es confidencial y no será entregada a nadie sin un consentimiento por escrito, excepto si fuera requerida legalmente (por ejemplo, conocimiento o sospecha de maltrato infantil).

FECHA DE HOY _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

1. ESTOY AQUÍ POR: _____

	NO	SÍ	Comentarios del entrevistador
2. Número total de embarazos _____ Nacidos vivos _____			
3. Fecha de comenzar mi último período menstrual (mes-día-año): ____/____/____ ¿Normal?			
4. ¿Fuma usted?			
5. Desde su última visita aquí: a. ¿ha tenido alguna enfermedad grave o cirugía? b. ¿ha usado medicamentos o drogas diferentes a las prescritas aquí? Si afirmativo, ¿cuáles? _____ c. ¿ha tenido una citología (examen de Papanicolaou) anormal? d. ¿ha tenido herpes, clamidia, verrugas genitales, gonorrea u otras enfermedades de transmisión sexual? e. ¿ha estado embarazada?			
6. ¿Ha tenido alguna vez problemas con los medicamentos prescritos aquí o en cualquier otra parte (alergias o reacciones)?			
7. ¿Ha habido alguna enfermedad cardíaca, derrame cerebral, hipertensión arterial, diabetes o cáncer en su familia desde su última visita?			
8. ¿Ha tenido alguna vez transfusión sanguínea o ha estado expuesto a productos sanguíneos?			
9. ¿Tiene alguno de los siguientes? a. problemas vaginales como picazón o mal olor b. dolor durante la relación sexual c. alteraciones urinarias como ardor al orinar			
10. ¿Está preocupada por el uso suyo o de su pareja de alcohol o drogas?			
11. ¿Quiere discutir alguna preocupación que tenga sobre sexo, abuso sexual, o maltrato físico?			

12. Si tiene o tuvo pareja masculina, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar un método de control de natalidad después de su última menstruación? _____ NO _____ Sí

¿Ha sido bisexual alguna de sus parejas? _____ NO _____ Sí

¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos seis meses? _____ NO _____ Sí

13. ¿Ha sido vacunada para hepatitis B? _____ NO _____ Sí

14. ¿Edad cuando tuvo su último refuerzo para difteria o tétanos? _____ No sé _____

15. ¿Quiere cambiar el método de control de la natalidad que está usando? _____ NO _____ Sí

[HISTORIA ANUAL - continuación]

POR FAVOR SEÑALE DEBAJO EL MÉTODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD USADO, DESPUÉS RESPONDA A LAS PREGUNTAS SOBRE CADA MÉTODO SI ES APLICABLE.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONDONES MASCULINOS O FEMENINOS | <input type="checkbox"/> MÉTODO DEL CALENDARIO/RITMO (FERTILIDAD) |
| <input type="checkbox"/> ESPERMICIDAS: ESPUMA, CREMA, GELATINA, OTRAS | <input type="checkbox"/> COITO INTERRUPTO |
| <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA | <input type="checkbox"/> ESTERILIZACIÓN |
| <input type="checkbox"/> NO USO NINGÚN MÉTODO | <input type="checkbox"/> OTRO |
| <input type="checkbox"/> <u>PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS</u> : MARCA _____ | |
| <input type="checkbox"/> <u>DEPO-PROVERA</u> [®] (INYECCIÓN DE TRES MESES) | <input type="checkbox"/> NUVA RING [®] : EL ANILLO |
| <input type="checkbox"/> <u>NORPLANT</u> | <input type="checkbox"/> ORTHO EVRA [™] : EL PARCHÉ |

	NO	SÍ	Comentarios del entrevistador
1. ¿Dolores de cabeza severos o frecuentes?			
2. ¿Dolor torácico severo?			
3. ¿Dificultad para respirar?			
4. ¿Hinchazón o dolor en el muslo o parte inferior de la pierna?			
5. ¿Alteraciones visuales?			
6. ¿Mareos o desmayos?			
7. ¿Masas en los senos?			
8. ¿Sangrado entre períodos en los últimos tres meses?			
9. ¿Ha faltado algún período?			
10. ¿Sensibilidad o dolor constante en los senos?			
11. ¿Dolor abdominal severo?			
12. ¿Cambio en su peso de diez libras o más?			
13. ¿Otro problemas?			

<input type="checkbox"/> DIAFRAGMA: Tipo _____	NO	SÍ	Comentarios del entrevistador
1. ¿Incomodidad cuando el diafragma está en sitio?			
2. ¿Puede sentir el cerviz cuando el diafragma está en sitio?			
3. ¿Se siente cómodo el diafragma por detrás del pubis?			
4. ¿Usa crema o gelatina con el diafragma?			
5. ¿Tiene dificultades al insertarlo o al removerlo?			

<input type="checkbox"/> DIU:/SIU Tipo _____	NO	SÍ	Comentarios del entrevistador
1. ¿Sangrado entre períodos?			
2. ¿Puede sentir el hilo?			
3. ¿Dolor abdominal?			
4. ¿Dolor durante el contacto sexual?			
5. ¿Escalofrío o fiebre?			
6. ¿Flujo vaginal inusual?			
7. ¿Aumento del sangrado menstrual?			

Yo certifico que todas las respuestas dadas son verdaderas y completas hasta donde yo sé.

Firma de la paciente (Client Signature) _____ Fecha (Date) _____

Firma del entrevistador (Interviewer's Signature) _____

Firma del proveedor (Clinician Signature) _____