

Clínica de Salud Sexual Historia de Salud del Cliente

Label	

Por favor complete este formulario lo mejor que le sea posible. Toda la información es confidencial

Motivo de su visita hoy						
☐ No síntomas o problemas, Solo quiero el examen	☐ Tengo síntomas: ☐Erupción ☐ Ardor al orinar					
☐ Me llamaron del Departamento de Salud	☐ Flujo vaginal anormal ☐ Dolor Abdominal					
☐ Tengo una cita	☐ Hincha	☐ Hinchazón/dolor en testículo(s) ☐ Olor ☐ Picazón				
☐ Mi pareja o el Doctor me dijeron que viniera	☐ Llagas	☐ Llagas/protuberancias en los genitales				
☐ Otro (por favor explique):	☐ Otro (por favor explique):					
Historial Médico					orial	Si es Si,
¿Alguna vez te ha dicho un médico u otro profesional de la	a salud que	tienes?			niliar nermanos)	Escriba el nombre
¿Diabetes? (marque todo lo que corresponda):				()	,	
Diabetes gestacional	a (número	☐ Si	□ No	☐ Si	\square No	
que indica que está al borde de desarrollar diabetes).						
¿Ataque cardiaco, angina cardiopatía coronaria o der	rame	☐ Si	□No	□ Si	□ No	
cerebral?						
¿Presión arterial alta o colesterol?		☐ Si	□No	☐ Si	□ No	
¿Cáncer?		☐ Si	□ No	☐ Si	□ No	
¿Enfermedad mental?		☐ Si	□ No	☐ Si	□ No	
¿Enfermedad renal o infecciones en las vías urinarias?		☐ Si	□ No	☐ Si	□ No	
¿Convulsiones?		☐ Si	□ No	☐ Si	□ No	
¿Asma, tuberculosis o problemas pulmonares?		☐ Si	□No	☐ Si	□ No	
¿Hepatitis o problemas hepáticas?		☐ Si	□ No	☐ Si	□ No	
¿Otro Problema de Salud Crónico?:						
¿Hospitalizaciones?						
Resultados de ETS/ITS anteriores? (marque todo lo que corresponda): Clamidia Gonorrea						
☐ Sífilis ☐ Tricomoniasis ☐ Herpes ☐ Verrugas genitales ☐ Hepatitis ☐ EIP						
Diagnosticado/a con VIH? ☐ Si ☐ No Fecha del diagnóstico:						
Diagnosticado/a con SIDA? ☐ Si ☐ No Fecha del diagnóstico:						
¿Usted ha visto un doctor o proveedor de salud? □ Nunca □ Dentro de los últimos 6 meses □ de un ano						
Fecha de la última visita: ¿Donde?: ¿Por qué razón?						
¿Ha recibido la vacuna contra la influenza? Si No ¿Otras vacunas?						
¿Alergia a algún medicamento? 🗆 Si 🗆 No Lista:						
Haga una lista de todos los medicamentos que ha tomado para el VIH:						
Haga una lista de todos los medicamentos recetados o de venta libre que consumió en las últimas 2						
semanas.						
SOLO MUJERES: Fecha de la última menstruación:						
Fecha del último examen de Papanicolaou: Embarazos? ☐ Si ☐ No ☐ No está seguro						



Clínica de Salud Sexual Historia de Salud del Cliente

HISTORIAL SOCIAL							
¿Utiliza productos de tabaco cómo?: (marque cuales) \square Cigarros \square Cigarrillos \square Productos electrónicos de vapor \square Masca tabaco \square Otro:	□Pipa □Hookah						
Usted: (marque uno) ☐ Bebe alcohol ☐Usa drogas callejeras ☐Drogas inyectables ☐ Comparte agujas							
¿Ha tenido o tiene problemas de violencia doméstica, violencia sexual o de tráfico de	personas? ☐ Si ☐ No						
¿Si respondió si, desea obtener hoy información o ayuda?							
HISTORIAL SEXUAL							
¿Ha viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 60 días? 🛭 Si 🖺 No Si respondió si, a dónde?							
¿En los últimos 12 meses he tenido relaciones sexuales con: (marque todo lo que corresponda)							
☐ Mujeres ☐ Hombres ☐ Transgénero ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo?							
☐ Parejas estables (personas con las que habitualmente tiene relaciones sexuales)							
Cuotas parejas estables diferentes:							
☐ Parajes casuales (personas con las que no tiene relaciones sexuales muy seguido) Cuantas parejas casuales diferentes:							
Mis actividades sexuales de los últimos 12 meses incluyen							
	mosos marque aquí 🗆						
	Si lo hizo dentro de los últimos 3 meses, marque aquí □						
	, , ,						
Uso condones para el sexo vaginal Siempre A veces	·						
Uso condones para el sexo anal ☐ Siempre ☐ A veces							
Uso Condones para el sexo oral ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ N/C							
¿Intercambio de sexo por drogas, dinero o un lugar donde vivir?							
¿Tuvo relaciones sexuales estando ebrio o drogado? ☐ Si ☐ No							
¿Alguna de sus parejas tuvo una ETS (incluyendo VIH)? ☐ Si ☐ No ☐ No está seguro							
¿Alguna de las personas con las que tuvo relaciones sexuales era algo de lo siguiente? (marque todo lo que							
corresponda) VIH positive usa drogas IV Intercambiaba sexo por drogas o dinero							
SOLO MUJERES:							
¿Tuve relaciones sexuales vaginales o anales con un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres?							
☐ Si ☐ No ☐ No está seguro							
FIRMA Yo respondí todas las preguntas correctamente de acuerdo con mi conocimiento.							
10 respondi todas las preguntas correctamente de acuerdo con un conocimiento.							
Nombre del Paciente Firma del Paciente	Fecha						