

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

Motivo de su visita hoy	
<input type="checkbox"/> No síntomas o problemas, Solo quiero el examen <input type="checkbox"/> Me llamaron del Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Tengo una cita <input type="checkbox"/> Mi pareja o el Doctor me dijeron que viniera <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):	<input type="checkbox"/> <u>Tengo síntomas:</u> <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Flujo vaginal anormal <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Hinchazón/dolor en testículo(s) <input type="checkbox"/> Olor <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Llagas/protuberancias en los genitales <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):

Historial Médico	Historial Familiar (padres, hermanos)	Si es Si, Escriba el nombre
¿Alguna vez te ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tienes?		
¿Diabetes? (marque todo lo que corresponda): Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Prediabetes o en la línea divisoria (número que indica que está al borde de desarrollar diabetes).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ataque cardiaco, angina cardiopatía coronaria o derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Presión arterial alta o colesterol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Enfermedad renal o infecciones en las vías urinarias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Asma, tuberculosis o problemas pulmonares?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Hepatitis o problemas hepáticas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Otro Problema de Salud Crónico?:		
¿Hospitalizaciones?		
Resultados de ETS/ITS anteriores? (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> EIP
Diagnosticado/a con VIH? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del diagnóstico: _____	
Diagnosticado/a con SIDA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del diagnóstico: _____	
¿Usted ha visto un doctor o proveedor de salud? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> de un año		
Fecha de la última visita: _____ ¿Donde?: _____ ¿Por qué razón?		
¿Ha recibido la vacuna contra la influenza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Otras vacunas?		
¿Alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro		

