Clínica de Salud Sexual: Forma del Historial de Salud

Patient Label

Toda la información es confidencial

Su proveedor de atención medica: _____Farmacia_____

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

ANTECEDENTES MÉDICOS:		**HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (PADRES y HERMANOS solamente):**	
¿Diabetes, gestacional o prediabetes?	☐ Si ☐ No	¿Diabetes, gestacional o prediabetes?	☐ Si ☐ No ¿Quién? _____
Enfermedad cardíaca o infarto	☐ Si ☐ No	Enfermedad cardíaca o infarto	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Presión arterial alta	☐ Si ☐ No	Presión arterial alta	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Colesterol alto	☐ Si ☐ No	Colesterol alto	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Derrame cerebral	☐ Si ☐ No	Derrame cerebral	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Cáncer	☐ Si ☐ No	Cáncer	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Enfermedad mental	☐ Si ☐ No	Enfermedad mental	☐Si ☐ No ¿Quién?_____
Enfermedad de los riñones	☐ Si ☐ No	Enfermedad de los riñones	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Convulsiones	☐ Si ☐ No	Convulsiones	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Asma	☐ Si ☐ No	Asma	☐Si ☐ No ¿Quién?_____
Tuberculosis u otros problemas pulmonares	☐ Si ☐ No	Tuberculosis u otros problemas pulmonares	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Hepatitis A, B o C	☐ Si ☐ No	Hepatitis A, B o C	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
Enfermedad del hígado	☐ Si ☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Si ☐ No ¿Quién?_____
¿Otros problemas de salud crónicos?			

HISTORIA QUIRÚRGICA:	**VECES QUE HA ESTADO HOSPITALIZADO:**

¿Alergia a algún medicamento (drogas / medicamentos / otros) (? ☐ Si ☐ No Explique:

Medicamentos que ha tomado en los últimos 2 meses:

¿Le han hecho pruebas de infecciones de transmisión sexual en el pasado? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Infecciones de transmisión sexual previas (marque todas las que correspondan):

☐ Clamidia ☐ Gonorrea ☐ Sífilis ☐ Tricomoniasis ☐ Herpes ☐ Verrugas genitales

☐ Enfermedad pélvica inflamatoria

Otras infecciones genitales o urinarias (marque todas las que correspondan): ☐ Infección de la vía urinaria ☐ Vaginosis bacteriana ☐ Infecciones por hongos

¿Diagnosticado con VIH? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, fecha de diagnóstico: _____

¿Está usted en tratamiento de VIH? ☐Sí ☐No ¿Diagnosticado con SIDA? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, fecha de diagnóstico: _____ Proveedor de VIH:_____

Clínica de Salud Sexual: Forma del Historial de Salud

PrEP (prevención del VIH): ¿Conoce la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir el VIH? ☐ Si ☐ No
¿Ya estás en PrEP? ☐ Sí ☐ No Si no está en PrEP, ¿quiere hablar sobre la PrEP? ☐ Si ☐ No

Vacunas: ¿Recibió la vacuna contra: la influenza este año? ☐ Sí ☐ No; Meningitis? ☐ Si ☐ No; VPH? ☐ Sí ☐ No
¿Otras vacunas? ☐ Si ☐ No

PARA MUJERES SOLAMENTE: Fecha del último período: _____
Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy segura
¿Usas anticonceptivos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, Explique:

HISTORIA SOCIAL:

¿Usa productos de tabaco como: (por favor marque el cuadro que corresponda)
☐ Cigarros ☐ Tabaco sin humo ☐ Producto de vapeo electrónico ☐ Hookah ☐ Pipa ☐ Tabaco para mascar

Usted: (por favor marque el cuadro que corresponda)
☐ Bebe alcohol ☐ Consume drogas ilegales, incluida la marihuana ☐Se inyecta drogas ☐ Comparte agujas/equipos

¿Está experimentando violencia doméstica, violencia sexual o trata de personas? ☐ Si ☐ No
Si responde sí, ¿le gustaría recibir información o ayuda hoy? ☐ Sí ☐ No ¿Historial de agresión sexual? ☐ Si ☐ No

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿dónde?

HISTORIA SEXUAL

¿Qué sexo le asignaron al nacer?	¿Cuál es su identidad de género actual?	
☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero / Hombre trans ☐ Mujer transgénero / Mujer trans	☐ Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Otro, especifique: _____ ☐ Elija no divulgar

En los últimos 12 meses, he tenido relaciones sexuales con:	# de parejas sexuales en los últimos 90 días: _____ # de parejas sexuales en los últimos 12 meses: _____ # de parejas en su vida: _____
☐ Hombres ☐ Mujeres ☐ Transgénero ☐ Otro, especifique:	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales (oral, anal o vaginal)? _____

Mis actividades sexuales incluyen:
Sexo oral ☐ Dar ☐ Recibir ☐ Ninguno En los últimos 3 meses, marque aquí ☐
Sexo anal ☐ Dar ☐ Recibir ☐ Ninguno En los últimos 3 meses marque aquí ☐
Sexo vaginal ☐ Dar ☐ Recibir ☐ Ninguno En los últimos 3 meses marque aquí ☐

Yo uso condones para ... sexo oral	☐ Siempre	☐ A veces	☐ Nunca	☐ N / AI
Yo use condones para… sexo anal (rectal)	☐ Siempre	☐ A veces	☐ Nunca	☐ N / A
Yo uso condones para… sexo vaginal	☐ Siempre	☐ A veces	☐ Nunca	☐ N / A

¿Cambia sexo por drogas, dinero o lugar para vivir? ☐ Si ☐ No
¿Tener relaciones sexuales en estado de embriaguez o drogadicción? ☐ Si ☐ No
¿Alguno de sus socios tenía una ETS (incluido el VIH)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

¿Alguna de sus parejas con quien tuvo relaciones sexuales: (marque todas las que correspondan) ☐VIH positivo
☐ Drogas inyectables ☐ Intercambiar sexo por drogas / dinero

PARA MUJERES SOLAMENTE:
He tenido sexo vaginal o anal (rectal) con un hombre que tiene sexo con hombres ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy segura

FIRMA: He respondido todas las preguntas correctamente en la medida de mis conocimientos.

_____ _____ _____
Nombre del Cliente Firma Fecha (Rev. 6/4/21)