

<b>FECHA DE HOY:</b> _____	1a. Fecha de su último periodo: _____	<b>2a. Anticonceptivo deseado</b> <b>(Marque uno)</b> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyección de tres meses <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE:</b> _____	1b. Edad de su 1 <sup>er</sup> periodo: _____	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____	1c. Edad de su 1 <sup>era</sup> relación sexual: _____	
<b>EDAD:</b> _____	1d. ¿Cuántos embarazos? _____	
	1e. ¿Cuántos partos? _____	
	1f. ¿Cuántos abortos/aborto espontaneo? _____	

**2b. Método usado:** Oral  IUD  Inyección de tres meses  Condones  Diafragma  Interrupción de coito  Nada

<b>HISTORIA FAMILIAR</b>	<b>Alguien es su familia tiene.....</b>	<b>N</b>	<b>S</b>	<b>Si la respuesta es SI, da detalles</b>
3a. Diabetes?				
b. Presión alta?				
c. Anemia/Anemia de células falciformes?				
d. Cáncer del seno?				
e. Tay Sachs, Mongolismo?				
f. Derrame cerebral o ataque al corazón antes de los 40 años?				
<b>HISTORIA del PACIENTE</b>	<b>Usted tiene....</b>			
4a. Diabetes?				
b. Coágulos de sangre en los brazos, piernas o pecho?				
c. Problemas del corazón/presión alta?				
d. Anemia/Anemia de células falciformes?				
e. Dolores de cabeza/Migrañas?				
f. Convulsiones?				
g. Asma, Tuberculosis o problemas en los pulmones?				
h. Tratamiento para la depression?				
i. Bola en el seno o secreción de los pezones?				
5a. Infección en la vagina o flujo presente?				
b. Dolor en el abdomen?				
c. Papanicolaus irregulares o problemas femeninos?				
d. Enfermedades transmitidas durante el sexo?				
6a. ¿Cuántos días le dura el periodo? _____				
b. ¿Le baja el periodo todos los meses?				
c. ¿Tiene dolores o flujo excesivo?				
d. ¿Sangra entre periodos o después del sexo?				
e. ¿Practica sexo vaginal?___ ¿Sexo oral? __ ¿Sexo por el recto?___				
f. Cuanto compañeros sexuales a tenido el año pasado? __ Femeninos? __ Masculinos?___ Cuanto años de relación tiene con su compañero presente? _____				
7. ¿Es alérgica a alguna medicina?				
8. As tenido operaciones, enfermedades o ingresos en el hospital?				
9. Enfermedad de los riñones/Infección de la orina?				
10. Usa usted medicinas, drogas, cigarillos o bebidas alcolicas?				
11. ¿Tiene enfermedad de la tiroide?				
12. ¿Está vacunada contra el sarampión?				
13. ¿Ha estado expuesta a DES?				
14. ¿Va al médico cuando está enferma?				

<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>	Place sticker here
---------------	---------------	--------------------