

Formulario de Historia Integral de Planificación Familiar WHC

Su historia familiar

- Por favor, compruebe aquí si no conoce su historia familiar.

Si **No** **¿Tus abuelos, padres o hermanos/hermanas han tenido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, indique quién y a qué edad.**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coagulos de sangre en brazos/piernas/Pecho _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sangrado _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto/triglicéridos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de mama/ovario/uterino/colon _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embolia _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos de Nacimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso de alcohol/drogas _____ |

Su historia medico

Si **No** **¿Tiene ahora o ha tenido alguno de los siguientes?**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está tomando alguna receta o medicamentos de venta libre ahora?
Por favor, enumere: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has estado en Urgencias u hospitalizado en el último año? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades cardíacas, presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/pecho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto/Triglicéridos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrañas o dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios visuales o entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus (SLE) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer: ¿De qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sanguíneos (anemia de células falciformes, hemofilia, hierro bajo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) han tenido alguna vez una transfusión de sangre, un trasplante de tejido/órgano o una inseminación artificial? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía - Tipo y fecha de la lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía bariátrica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad mamaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mamografía - fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas renales o vesicales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática (hepatitis, mono, ictericia, cirrosis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión o problemas emocionales |

Nombre del cliente: _____

Nombre preferido: _____

Pronombre preferido(s): _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Medicamentos actuales _____

el doctor familiar: _____

¿Alergias (alimentos, medicamentos o látex)? _____

Reacción: _____

Su historia personal

Si **No**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma o usa algún tipo de tabaco?
¿Cuánto por día? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Bebes alcohol? ¿Cuántas copas al día? _____
¿Por semana? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has sientto que deberías reducir tu bebida? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has usado marihuana el año pasado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En el último año, ¿ha utilizado una droga ilegal o un medicamento recetado por razones no médicas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez alguien te ha golpeado, abofeteado, pateado, sacudido o herido? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay alguien que te haga sentir inseguro ahora? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez te has visto obligado a tener sexo? |

Su historial nutricional

Si **No**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay cambios que le gustaría hacer en su dieta? En caso afirmativo, describa: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Haces ejercicio regularmente? Describir: _____ |

Haz una lista de los suplementos, hierbas o preparaciones para bajar de peso que uses:

Vacunas

Si **No**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tétanos, Difteria, Tos ferina (Td/Tdap) Vacuna |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varicela (Varicela) vaccine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la gripe |

Su / salud sexual / reproductiva

¿Alguna vez has tenido alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clamidia (CT) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gonorrea (GC) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verrugas genitales/Virus del Papilomavirus Humano (VPH) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sífilis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tricomoniasis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uretritis no gonocócica (NGU) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez han usado agujas para drogas (para disparar drogas)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez han cambiado de sexo por drogas o dinero? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas condones?
Nunca ___ Algunas veces ___ Siempre ___ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te han hecho la prueba del VIH? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha estado expuesto a una ETS/ITS o VIH? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes algún síntoma? Si es así, especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido un nuevo compañero en los últimos 2 meses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hace su pareja(s) sexual tener otros socios? |
1. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 2 meses? ___
 2. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año ___
 3. ¿Son sus parejas sexuales: masculino ___ Mujer ___ Ambos ___
transman ___ transwoman ___ Intersexualidad ___ el otro ___
 4. Tiene: Sexo vaginal ___
Sexo oral ___ Recibir ___ Dar ___ Ambos ___
Sexo anal ___ superior (insertivo) ___ fondo (receptivo) ___ Ambos ___
 5. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste sexo _____
 6. ¿Alguna de sus parejas masculinas tuvo relaciones sexuales con otros hombres
Sí ___ No ___ N/A ___
 8. ¿Qué pruebas de detección o pruebas le gustaría hacer hoy?
CT/GC ___ HIV ___ Otro: _____

(Hombre/Hombre asignado al nacer/MTF)

Tu historia urológica

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes secreción anormal del pene ahora?
Describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes ahora o en el pasado una lesión, dolor o bulto en el pene? ¿Cuándo? _____
Describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes ahora o has tenido en el pasado una lesión, dolor o bulto en el escroto o los testículos?
¿Cuándo? _____ Describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has tenido dolor durante el sexo?
¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido una cirugía de afirmación de género?
Si es así, describe: _____ |

Tu historia reproductiva

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuántos hijos tienes? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Quieres niños en el próximo año? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás usando anticonceptivos?
Por favor, compruebe los métodos anticonceptivos que utiliza: <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Vasectomía |

Confíe en el método del socio. ¿Qué método utiliza su pareja? _____

(Mujer/ Mujer asignada al nacer/FTM)

¿Quieres quedar embarazada en el próximo año? Sí ___ No ___

Historia menstrual

¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera menstruación? _____

Fecha del primer día de tu último período menstrual: _____

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tu último período menstrual fue normal?
Si no es así, explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un período cada mes?
Es el flujo: ___ Luz ___ Medio ___ Pesado ___ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sangras entre períodos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes calambres con tus períodos menstruales? |

Su historia del embarazo

¿Cuántas veces has estado embarazada? _____

Haz una lista de las fechas en las que has dado a luz: _____

¿Cuántos hijos vivos tienes? _____

Enumere las fechas de cualquier aborto espontáneo o aborto: _____

Enumere las fechas de cualquier embarazo de trompas: _____

¿Estás amamantando ahora? Sí ___ No ___

Tu historia ginecológica

¿Cuándo se hizo tu última prueba de Papanicolaou? _____

- | Sí | No | ¿Has tenido alguno de los siguientes? |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba de Papanicolaou anormal
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colposcopia o tratamiento del cuello uterino (¿Cuándo?) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de ovario |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del útero o fibromas uterinos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad inflamatoria pélvica (PID) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor u otros problemas con el sexo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones vaginales (levadura o vaginosis bacteriana) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido una cirugía de afirmación de género?
Si es así, describe: _____ |

Su historial de control de natalidad

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás usando un método anticonceptivo ahora?
En caso afirmativo, ¿qué método? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has usado algún método anticonceptivo con el que hayas tenido un problema?
¿Qué método/s? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En los últimos 5 días o desde tu último período, ¿has tenido relaciones sexuales sin anticonceptivos? (los condones son anticonceptivos) |