



## Family PACT Eligibility Screening

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

	Yes/Si	No
Do you need Family PACT because you do not have insurance? <i>¿Necesita Family PACT porque no tiene seguro médico?</i>		
Do you have insurance, but it doesn't cover family planning services? <i>¿Tiene seguro médico, pero no cubre los servicios de planificación familiar?</i>		
Do you have Medi-Cal, but cannot afford your share of cost? <i>¿Tiene Medi-Cal, pero no puede pagar su parte del costo?</i>		
Do you have insurance, but can't afford your deductible? <i>¿Tiene seguro pero no puede pagar su deducible?</i>		
Do you have insurance, but don't want your spouse, partner or parent to know about your appointment? <i>¿Tiene seguro médico, pero no quiere que su cónyuge, pareja o padres sepan de su cita?</i>		
Do you live in California? <i>¿Vive en California?</i>		
Women: Are you able to get pregnant? <i>Mujeres: ¿Es usted capaz de quedar embarazada?</i>		
Men: Are you able to get someone pregnant? <i>Hombres: ¿Es usted capaz de embarazar a alguien?</i>		
How many people live in your household? <i>¿Cuántas personas viven en su hogar?</i>		
What is your household monthly income? <i>¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar?</i>		

**STAFF USE ONLY:**

Eligible for Family PACT:	Yes	No
Signature of Screener:	Date	



**FORMA DE INFORMACION PERSONAL**  
(TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

No de Seg.Soc: \_\_\_\_\_  
 Si no, razon: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (Residencia) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Podemos llamarla(o) a su casa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Podemos mandar correspondencia a su domicilio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Podemos llamarla(o) a su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Podemos identificarnos como "Clinica de EOC"? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Podemos llamarla(o) a su celular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Debemos identificarnos como "_____"? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Estado Civil: Soltera(o)  Casada(o)  Divorciada(o)  Separada(o)  Viuda(o)  Union Libres

**Con cual de los siguientes se identifica Ud?**  
(Marque uno):

Blanca(o) <input type="checkbox"/>	Africana(o)-Americana(o) <input type="checkbox"/>
Japones(a) <input type="checkbox"/>	Isleña(o) del Pacifico <input type="checkbox"/>
Filipina(o) <input type="checkbox"/>	India(o) Americana <input type="checkbox"/>
China(o) <input type="checkbox"/>	Asiática(o) <input type="checkbox"/>
Otro (por favor especifique) _____	

**Si Ud. tambien pertenece ha alguno de los siguientes?**  
**grupos, por favor marque uno:**

Mejicana(o) <input type="checkbox"/>	Hispana(o)-Americana(o) <input type="checkbox"/>
Puertorriqueña(o) <input type="checkbox"/>	Centro o Sur Americana(o) <input type="checkbox"/>
Latina(o)-Americana(o) <input type="checkbox"/>	Cubana(o) <input type="checkbox"/>
Mejicana(o)-Americana <input type="checkbox"/>	
Otro grupo Hispánico _____	

Que grado completo en la escuela? \_\_\_\_\_ Si es estudiante, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**Quien la recomendo a nosotros?**

Amigo(a) <input type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	Consulado Mexicano <input type="checkbox"/>	Otro (nombre de quien lo recomendo): _____
Escuela <input type="checkbox"/>	TeenSMART <input type="checkbox"/>	Holy Cross <input type="checkbox"/>	
Familiar <input type="checkbox"/>	Teen Connection <input type="checkbox"/>	Guía de Telefonos <input type="checkbox"/>	

Ingreso Mensual antes de deducir impuestos: Ud.\$ \_\_\_\_\_ Esposo(a)\$ \_\_\_\_\_ Seguro Social\$ \_\_\_\_\_ Welfare TANIF\$ \_\_\_\_\_  
 Mantención de Esposa\$ \_\_\_\_\_ Mantención de Niño\$ \_\_\_\_\_ Otro (nombre otra fuente de ingresos)\$ \_\_\_\_\_

Número de personas en su familia: (Ud., su esposo(a), e hijos MENORES de 18 años solamente) \_\_\_\_\_

Marque si esta recibiendo: MediCal? Si  No  Family PACT (Tarjeta verde HAP)? Si  No   
 Seguro de Salud? Si  No  SI marco Si, del el nombre de la Compañia de Seguros \_\_\_\_\_

Cual es la(s) razón(es) de su visita? \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA COMUNÍQUESE CON:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

*Doy a conocer que una copia de "Aviso de Prácticias Privadas" de esta oficina se me hizo disponible. Por medio de la presente doy mi consentimiento para que una persona autorizada del programa EOC Health Services, me examine, me de tratamiento y siga los procedimientos que consideren recomendables o necesarios.*

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL**

# Consentimiento General para los Anticonceptivos



Si usted firma esta forma de consentimiento, significa que:

- ◆ El médico del programa Family PACT le ha informado acerca de todos los métodos anticonceptivos.
- ◆ Usted y su médico han evaluado cuál es el mejor método anticonceptivo para usted.
- ◆ Su médico de Family PACT le ha informado cómo usar su anticonceptivo en forma segura y exitosa.

Instrucciones: Con cuidado, lea cada uno de los puntos a continuación. Si está de acuerdo con cada punto, firme su nombre en la línea al pie de este documento.

- ◆ Entiendo que puede haber varios métodos anticonceptivos entre los cuales pueda elegir. Estos métodos incluyen:
  - ◆ Píldora
  - ◆ Parche
  - ◆ Anillo
  - ◆ Inyección
  - ◆ Implante
  - ◆ Dispositivo Intrauterino
  - ◆ Diafragma
  - ◆ Espermicidas
  - ◆ Esponja
  - ◆ Capuchón Cervical
  - ◆ Condones Masculinos
  - ◆ Condones Femeninos
  - ◆ Planificación Familiar Natural
  - ◆ Método del Conocimiento de la Fertilidad
  - ◆ Método de Lactancia y Amenorrea
  - ◆ Esterilización Masculina
  - ◆ Esterilización Femenina
- ◆ El médico de Family PACT me ha explicado de una forma que me resulta comprensible cómo debo usar el método que he elegido.
- ◆ Se me ha explicado la manera en que este método previene el embarazo y qué tan eficaz es para la mayoría de las personas.
- ◆ Se me ha informado acerca de los riesgos y los beneficios del uso de este método. Hemos analizado los problemas de salud que yo pudiera tener.
- ◆ He hablado con el médico de Family PACT acerca de los efectos secundarios que podrían producirse con el uso de este método. Entiendo que estos efectos son reacciones y cambios que podrían producirse como consecuencia del uso de este método.
- ◆ El médico de Family PACT me ha informado acerca de las complicaciones que podría causar el método que he elegido. Entiendo que las complicaciones se producen en casos aislados, pero pueden ocasionar problemas de salud serios. Se me han informado cuáles son las señales de advertencia de estas complicaciones.
- ◆ Entiendo qué debo hacer si deseo dejar de usar el método que he elegido.
- ◆ Se me ha dado información acerca del método que he elegido por escrito y de una forma que me resultó comprensible.
- ◆ El médico de Family PACT ha respondido a todas mis preguntas.

Tomando en consideración la información que se me ha brindado en este documento, decido libremente usar \_\_\_\_\_ como mi método anticonceptivo.  
(nombre del método)

Firma:

Fecha:

Client HAP number

**PROGRAMAS DE ACCESO A LA SALUD  
PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE (CEC)**

**Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California y no puede ser modificado o alterado.**

Escriba todas sus respuestas en letras de molde. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, sus ingresos y su seguro de atención de la salud son para determinar si es elegible para los servicios del programa Family PACT.

- Los proveedores tienen que guardar este formulario original en su registro médico.
- **Los espacios para el código son solo para el uso del Proveedor.**  
(See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)

¿Actualmente está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal?  Sí  No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)?  Sí  No

Número de BIC	Fecha de emisión

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, organización de mantenimiento de la salud (HMO), plan de atención administrada, seguro de salud para estudiantes, etc.)  Sí  No

¿Tuvo gastos de su propio bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los 3 meses inmediatamente anteriores a su inscripción en el programa Family PACT?  Sí  No

¿No usa su seguro médico porque no quiere que su pareja, cónyuge o padre se entere de su cita de planificación familiar?  Sí  No

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos comunicarle algo?

Provider Use Only CODE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr. o Sr.)

¿El nombre que está usando actualmente es el mismo nombre que le dieron cuando nació?  Sí  No

Si su respuesta es no, escriba el nombre que le dieron cuando nació.

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nacer	Sufijo (Jr. o Sr.)

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	Provider Use Only CODE	Código postal de 9 dígitos

Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Provider Use Only CODE	Nombre de su madre (optativo)	Número del seguro social

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	Estado (si no es California)	País (si no es EE.UU.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provider Use Only CODE <input type="text"/>	Provider Use Only CODE <input type="text"/>	Provider Use Only CODE <input type="text"/>

Raza/étnicidad

1 Asiático     
  2 Negro     
  3 Filipino     
  4 Hispano  
 5 Indígena norteamericano   
  6 Islaña del Pacífico   
  7 Blanco     
  0 Otro

Idioma Primario

3 Inglés   
  1 Armenio   
  2 Cantonés   
  4 Hmong   
  5 Khmer/Camboiano  
 8 Español   
  6 Coreano   
  7 Tagalog   
  9 Vietnam   
  0 Otro

**Determinación de elegibilidad:** Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) y todas las fuentes de ingresos sujetos a impuestos. Si otra persona lo declara como dependiente en su declaración de impuestos, ponga todas las personas declaradas y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos correspondientes. Los ingresos que se deben informar incluyen, entre otros: ingresos del trabajo como empleado o por cuenta propia, seguro social (aunque no esté sujeto a impuestos), ingresos pasivos (dividendos, intereses, etc.), pensiones y anualidades, propinas, comisiones, manutención del cónyuge recibidos y beneficios por desempleo.

Nombre	Parentesco	Edad	Fuente del ingreso	Ingresos mensuales sujetos a impuestos
	(Self)			

Tamaño de la familia:       Ingresos familiares totales sujetos a impuestos

He recibido información sobre cómo solicitar los programas de seguro accesible.  Sí  No  
 Entiendo que puedo visitar CoveredCA.com o llamar al 1-800-300-1506 para obtener ayuda al llenar la solicitud para estos programas.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que la información que he dado en este formulario es verdadero y correcto. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa.

Firma (o marca) del solicitante	Firma del testigo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)**

Esta información se utilizará para ver si está inscrito (registrado) en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. No se divulgará su nombre. Todas las personas tienen derecho a examinar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que esté exento por el artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

---

**SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR (FOR PROVIDER USE ONLY)**

Provider certification:  Eligible for Family PACT Program  
 Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why:

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:  Limited scope  Unmet share-of-cost

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Client Eligibility Certification is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client has received the Notice of Privacy Practices.

Print name	Signature	Date
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Date	Reason code (see Provider Manual) <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

**Derecho de audiencia equitativa**

Todos los que soliciten o reciban servicios del programa Family PACT tienen derecho a una audiencia relativa a la elegibilidad o a la obtención de servicios. Los solicitantes de dichos servicios o los que los reciben no tienen derecho a debatir los cambios que se realicen en las normas de elegibilidad o de beneficios del programa Family PACT.

**Revisión de primer nivel:** Si desea apelar ya sea la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, envíe a la dirección a continuación su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una Revisión de primer nivel. El matasellos postal de las solicitudes de revisión de primer nivel debe contener una fecha que se halle dentro de los 20 días laborables a partir de la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios. Antes de emitir una decisión, la Oficina de Planificación Familiar podrá pedir, por teléfono o por escrito, información adicional al proveedor o al solicitante.

**Audiencia formal:** Puede solicitar una audiencia formal a no más de 90 días de la fecha en que fue notificado que no era elegible, que no le iban a proporcionar, o que se dejarían de proporcionar los servicios que quería. Si tiene un buen motivo por no haber podido solicitar una audiencia en el plazo de 90 días, igualmente puede solicitar una audiencia. Si proporciona *buena causa* es posible que le programen una audiencia. Proporcione toda la información solicitada, como su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicita la audiencia formal, y envíe la información a la dirección correspondiente a las audiencias formales a continuación. Si desea, también puede adjuntar una carta y explicar por qué cree que la medida tomada no es la correcta. También puede llamar al número de teléfono de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response) a continuación. Si le cuesta comprender inglés, no se olvide de indicar el idioma que habla para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo con el idioma en la audiencia. Si tiene un representante autorizado, no se olvide de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Guarde una copia de su solicitud de audiencia como comprobante. Puede presentar su solicitud de audiencia formal de dos maneras:

**Revisión de primer nivel**

Department of Health Care Services  
Office of Family Planning  
P.O. Box 997413, Mail Station 8400  
Sacramento, CA 95899-7413

**Audiencia formal**

California Department of  
Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243  
Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

**o llame sin cargo a**

Department of Social  
Services  
State Hearing Division  
Public Inquiry and  
Response  
1-800-952-5253 or  
1-800-743-8525  
TDD 1-800-952-8349  
Fax: (916) 651-5120



Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:

**HISTORIA MÉDICA PARA MUJERES**

Sí  No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Usted toma medicamentos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es? \_\_\_\_\_

**A. Historia Médica Familiar:** ¿Ha tenido alguien en familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- 1. Enfermedad del corazón
- 2. Derrame cerebral
- 3. Cáncer
- 4. Alta presión
- 7. Problemas con Alcohol o drogas
- 6. Diabetes
- 5. Colesterol alto
- 8. Problemas psiquiátricos
- 9. Expuesta a DES
- 10. Defectos de nacimiento
- 11. No conozco mi historia médica familiar
- 12. Coágulos de sangre en las piernas o pulmones

**B. Historia Médica Familiar:** 1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- Enfermedad del corazón
- Alta presión
- Diabetes
- Quistes en los ovarios
- Coágulos de sangre en las piernas/pulmones
- Hemorragias/coagulación
- Desórdenes alimenticios
- Anemia drepanocítica
- Problemas del riñón/vejiga
- Dolores de cabeza o migraña
- Derrame cerebral
- Pensamientos suicidas
- Enfermedad de vesícula
- Endometriosis
- Problema del hígado/Hepatitis
- Depresión
- Colesterol alto
- Problemas psiquiátricos
- Tuberculosis (TB)
- Asma
- Tiroides
- Fibroma
- Infertilidad
- Convulsiones o epilepsia
- Cáncer Tipo: \_\_\_\_\_
- Anemia

Sí  No 2. ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía? Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?

Sí  No 4. ¿Ha sido inmunizada contra rubella?  No sé

Sí  No 5. ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B?  No sé

Sí  No 6. ¿Cuándo fue su última Papanicolau? \_\_\_\_\_  Nunca he tenido un Papanicolau

Sí  No 6A. Ha salido jamás anormal su prueba Papanicolau? Si contestó sí, cuándo fue? \_\_\_\_\_

Sí  No 7. Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue  Positiva  Negativa

Sí  No 8. Ha tenido jamás usted una mamografía? Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue normal? \_\_\_\_\_

**C. Historia Menstrual:**

1. Su edad cuando tuvo su primera regla: \_\_\_\_\_ 2. Su regla viene cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.

3. Sus reglas son:  Regulares  Irregulares  Dolorosas  Ligeras  Moderadas  Pesadas

Sí  No 4. ¿Tiene sangrado entre periodos?

**D. Historia de Embarazos:** Si usted nunca ha estado embarazada, pase a la siguiente sección.

1. Número de: \_\_\_\_\_ Embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Abortos inducidos \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos

2. ¿Cuándo fue su último embarazo? \_\_\_\_\_ Mes/año 3. ¿Está amamantando?  Sí  No

**E. Historia de Contracepción:**

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? \_\_\_\_\_ años  Nunca he tenido relaciones

2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento?  Muy  Algo  No tan importante

3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja?  Ninguno

Condones  Pastillas anticonceptivas  Patch  NuvaRing (anillo vaginal)  Diafragma/capa cervical

DepoProvera/inyección  Espuma, supositorios, gel  DUI  Retiro/coito interrumpido  Pareja tuvo una vasectomía

Ritmo/planificación natural  Ligadura de tubos  Norplant

4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? \_\_\_\_\_  Ninguno

Sí  No 5. ¿Está contenta con su método de planificación? 6. Con qué frecuencia usa condones?  Siempre  As veces  Nunca

Sí  No 7. ¿Alguna vez ha usado un método anticonceptivo de emergencia (píldora del día después B / plan)?

Sí  No 8. Desea salir embarazada en los próximos dos años?

**F. Hábitos y Estilo de Vida:** Preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctora sobre ellas.

1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? \_\_\_\_\_  Ninguno

Sí  No 2. Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? \_\_\_\_\_  Sí  No 3. ¿Ha compartido agujas?

Sí  No 4. ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, listelas aquí: \_\_\_\_\_  Sí  No 5. ¿Ha usado drogas inyectadas?

Sí  No 6. ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?

Sí  No 7. ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?

Sí  No 8. ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?

9. Ha tenido una pareja con historia de:  Uso de drogas  Bisexualidad  SIDA/VIH

**G. Historia Sexual** En los últimos 12 meses...  Sí  No 1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Sí  No 2. Ha relaciones sexuales por dinero o drogas? ¿Cuántas parejas sexuales tuvo últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido sexo con:  Hombres  Mujeres  Ambos? 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales:  Oral  Anal  Vaginal?

5. Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales?  No sé  Sí  No

6. En los últimos 12 meses, ha tenido usted problemas con lo siguiente?  Gonorrea  Sífilis  Verrugas Genitales

Clamidia  Tricomonas  Vaginosis Bacterial (BV)  Dolor o infección pélvica  Herpes Genitales  Otro: \_\_\_\_\_

Sí  No 7. ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico? \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Fecha

Firma del Médico

Fecha

Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:

**HISTORIA MÉDICA PARA HOMBRES**

- Sí  No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Usted toma medicamentos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es? \_\_\_\_\_

- A. Historia Médica Familiar:** ¿Ha tenido alguien en familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):
- 1. Enfermedad del corazón  2. Derrame cerebral  3. Cáncer  4. Alta presión  7. Problemas con Alcohol o drogas
  - 6. Diabetes  5. Colesterol alto  8. Problemas psiquiátricos  9. Expuesta a DES
  - 10. Defectos de nacimiento  11. No conozco mi historia médica familiar  12. Coágulos de sangre en las piernas o pulmones

- B. Historia Médica Familiar:** 1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.
- Enfermedad del corazón  Alta presión  Diabetes  Quistes en los ovarios  Coágulos de sangre
  - Hemorragias/coagulación  Desórdenes alimenticios  Anemia drepanocítica  Problemas del riñón/vejiga  en las piernas/pulmones
  - Pensamientos suicidas  Enfermedad de vesícula  Endometriosis  Dolores de cabeza o migraña  Derrame cerebral
  - Colesterol alto  Problemas psiquiátricos  Tuberculosis (TB)  Problema del hígado/Hepatitis  Depresión
  - Convulsiones o epilepsia  Cáncer Tipo: \_\_\_\_\_  Anemia  Asma  Tiroides  Fibroma  Infertilidad
- Sí  No 2. ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía? Si contestó sí, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
  - Sí  No 3. ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?
  - Sí  No 4. ¿Ha sido inmunizada contra rubella?  No sé
  - Sí  No 5. ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B?  No sé
  - Sí  No 6. ¿Cuándo fue su último examen genital? \_\_\_\_\_  Nunca he tenido un examen genital
  - Sí  No 6A. Ha salido jamás anormal su resultado? Si contestó sí, cuándo fue? \_\_\_\_\_
  - Sí  No 7. Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si contestó sí, cuándo fue la última? \_\_\_\_\_ ¿Fue  Positiva  Negativa

- E. Historia de Contracepción:**
- 1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? \_\_\_ años  Nunca he tenido relaciones
  - 2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento?  Muy  Algo  No tan importante
  - 3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja?  Ninguno
  - Condones  Pastillas anticonceptivas  Patch  NuvaRing (anillo vaginal)  Diafragma/capa cervical
  - DepoProvera/inyección  Espuma, supositorios, gel  DUI  Retiro/coito interrumpido  Vasectomía
  - Ritmo/planificación natural  Ligadura de tubos  Norplant
  - 4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? \_\_\_\_\_  Ninguno
  - Sí  No 5. ¿Está contento con su método de planificación? 6. Con qué frecuencia usa condones?  Siempre  As veces  Nunca
  - Sí  No 7. ¿Alguna vez ha usado un método anticonceptivo de emergencia (píldora del día después B / plan)?
  - Sí  No 8. ¿Desea tener hijos en los próximos dos años?
  - Sí  No 9. ¿Ha quedado embarazada a alguien?  No estoy seguro

- F. Hábitos y Estilo de Vida:** Preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctora sobre ellas.
- 1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? \_\_\_\_\_  Ninguno
  - Sí  No 2. Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? \_\_\_  Sí  No 3. ¿Ha compartido agujas?
  - Sí  No 4. ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, listelas aquí: \_\_\_\_\_  Sí  No 5. ¿Ha usado drogas inyectadas?
  - Sí  No 6. ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
  - Sí  No 7. ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
  - Sí  No 8. ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?
  - 9. Ha tenido una pareja con historia de:  Uso de drogas  Bisexualidad  SIDA/VIH

- G. Historia Sexual** En los últimos 12 meses...  Sí  No 1. ¿Ha tenido relaciones sexuales? ¿Cuántas parejas sexuales tuvo últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. Ha relaciones sexuales por dinero o drogas?
  - 3. ¿Ha tenido sexo con:  Hombres  Mujeres  Ambos? 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales:  Oral  Anal  Vaginal?
  - 5. Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales?  No sé  Sí  No
  - 6. En los últimos 12 meses, ha tenido usted problemas con lo siguiente?  Gonorrea  Sífilis  Verrugas Genitales
  - Clamidia  Tricomonas  Vaginosis Bacterial (BV)  Dolor o infección pélvica  Herpes Genitales  Otro: \_\_\_\_\_
  - Sí  No 7. ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico? \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Fecha

Firma del Médico

Fecha