

Label

CONFIDENCIAL

Departamento de Salud y División de Servicios Humanos  
de Salud Pública de Carolina del Norte Sección de Salud de Mujeres y Niños

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DEL  
APARATO REPRODUCTIVO FEMENINO**

Fecha: \_\_\_\_\_

**A. INFORMACIÓN GENERAL** (Favor de completar lo siguiente)

1. ¿Cuál es el motivo de su visita? \_\_\_\_\_
2. Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_
3. ¿Podemos enviarle correo?  Sí  No ¿Llamar por teléfono?  Sí  No su número de teléfono es \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene médico de cabecera?  Sí  No ¿Quién es? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué grado completó en la escuela? \_\_\_\_\_
6. ¿Ocupación? \_\_\_\_\_
7. Tiene alguna discapacidad/Idioma Principal \_\_\_\_\_

**B. ANATECEDENTES MÉDICOS, HOSPITALIZACIONES, MEDICAMENTOS**

1. Liste hospitalizaciones y cirugías con las fechas \_\_\_\_\_
2. Medicamentos: toma vitaminas con ácido fólico?  Sí  No  
¿Toma medicamentos (con o sin receta) o suplementos herbales o dietéticos?  Sí  No ¿Qué? \_\_\_\_\_
3. Antecedentes médicos: Si la respuesta es positiva marcar la caja con una **X** bajo **YO** o **FAMILIA** (padres, abuelos, hermanos, hijos)

| YO                       | FAMILIAR                 |  | YO                       | FAMILIAR                 |   |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Anemia, Trastornos hemorrágicos/drepanocito (células falciformes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Hepatitis/Problemas con el Hígado            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Enfermedad del corazón  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Migraña                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Diabetes (si fue gestacional, es necesario repetir la prueba)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Cáncer                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Presión sanguínea alta, colesterol alto                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Coágulos en las piernas o pulmones          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. problemas de la glándula tiroides/endocrinas                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Enfermedad mental/trastornos de angustia    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Enfermedad pulmonar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Transfusión de sangre o productos de sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Enfermedad de los riñones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Defectos de nacimiento/problemas genéticos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Convulsiones  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Tuberculosis                                |

Si responde Sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. ANTECEDENTES GYNECOLÓGICOS**

1. Historial de la Menstruación: ¿A qué edad empezó a menstruar? \_\_\_\_\_ ¿Le baja la menstruación cada mes?  Sí  No  
¿Describa la cantidad de sangrado (ej. Mucho, poco, moderado) \_\_\_\_\_ ¿Qué día le bajó su última menstruación?  
\_\_\_\_\_ ¿Cuántos días le duró? \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia de su menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Está menopáusica?  Sí  No  
¿Tiene problemas con la menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Estaba tomando pastillas anticonceptivas cuando se embarazó?  Sí  No  
¿Quién es su ginecólogo actual? \_\_\_\_\_
  2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones: endometriosis, quistes en el ovario, dolor severo de la pelvis, etc.? \_\_\_\_\_
  3. ¿Problemas de los senos como bultos, biopsias, cirugías? \_\_\_\_\_
  4. ¿Se ha hecho mamografías/fecha? \_\_\_\_\_
  5. ¿Fecha de la última prueba de Pap? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido Papanicolaou con resultado anormal?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué le hicieron y en qué año? \_\_\_\_\_
- Le han hecho la prueba del VPH  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Gammagrafía ósea  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Colposcopia  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Colonoscopia  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
LEEP  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Qué anticonceptivos ha usado en el pasado? \_\_\_\_\_ ¿Qué usa ahora? \_\_\_\_\_  
¿Está recibiendo hormonoterapia reitutiva (tratamiento de hormonas)?  Sí  No

#### D. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Total de embarazos \_\_\_\_\_ # Vivos \_\_\_\_\_ # Prematuros \_\_\_\_\_ # Abortos \_\_\_\_\_ # Abortos Espontáneos \_\_\_\_\_
2. Fecha del último embarazo \_\_\_\_\_
3.  SI ES POSPARTO, aconsejar demorar de 18 meses a 5 años antes de otro embarazo.

#### E. ANTECEDENTES SEXUALES

¿Usted es sexualmente activo?  Sí  No

¿Usted recibe sexo? Anal  oral  vaginal  ¿Usted provee sexo? Anal  oral  vaginal

Orientación:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Otro

¿Siente dolor cuando tiene relaciones sexuales?  Sí  No

¿Ha sido violado sexualmente o sufrido de abuso emocional o físico?  Sí  No ¿Ha cambiado de pareja recientemente?  Sí  No

1. ¿Tiene relaciones sexuales con?  Hombres solamente  Mujeres solamente  hombres y mujeres
2. En los últimos dos meses, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? \_\_\_\_\_
3. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? \_\_\_\_\_
4. ¿Será posible que alguna de sus parejas sexuales en los últimos 12 meses haya tenido relaciones sexuales con otra persona mientras estaban en una relación sexual con usted?  Sí  No
5. ¿Qué hace usted para protegerse contra enfermedades de transmisión sexual y el VIH? \_\_\_\_\_
6. ¿Usted o su pareja usan condones u otro tipo de protección cada vez que tienen relaciones vaginales, orales o anales?  Sí  No
7. ¿Usted ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál enfermedad y cuándo? \_\_\_\_\_
8. ¿Alguna de sus parejas ha tenido enfermedades sexuales? (eje., clamidia, gonorrea, tricomonosis, herpes, sífilis, hepatitis B, otra)  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál y cuándo? \_\_\_\_\_
9. ¿Usted o alguna de sus parejas se inyectan drogas?  Sí  No
10. ¿Usted o alguna de sus parejas se han inyectado drogas ilegales?  Sí  No
11. ¿Usted o alguna de sus parejas han intercambiado dinero o drogas por sexo?  Sí  No
12. ¿Se ha hecho la prueba del VIH?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
13. ¿Quisiera hacerse la prueba del VIH hoy?  Sí  No

#### FACTORES DE RIESGO:

¿Tiene sexo sin precauciones?  Sí  No ¿Tiene sexo con múltiples compañeros?  Sí  No ¿Ocupacional?  Sí  No

¿Uso de alcohol/drogas ilegales?  Sí  No ¿Prevalencia de ETS es alta en la comunidad?  Sí  No

¿Antecedentes de ETS?  Sí  No ¿Su madre biológica estaba infectada?  Sí  No

¿Empezó a tener relaciones sexuales desde la niñez?  Sí  No

#### F. ANTECEDENTES SOCIALES/HÁBITOS TÓXICOS

1. ¿Fuma, usa productos de tabaco sin humo, usa cigarrillos con nicotina electrónicos?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Qué usa? \_\_\_\_\_
2. ¿Toma alcohol?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿El alcohol es un problema para usted?  Sí  No ¿Qué tipo de alcohol toma? \_\_\_\_\_
3. ¿Usa drogas ilegales?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Qué drogas usa? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguien a su alrededor toma alcohol, usa productos de tabaco, cigarrillos electrónicos o drogas ilegales?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Qué? \_\_\_\_\_

#### G. ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL

1. ¿En las últimas dos semanas, ha tenido problema con alguno de lo siguiente?
    - a. Sentirse deprimido, irritable, desesperado o sin esperanza  Sí  No
    - b. Tiene poco interés o placer en hacer las cosas  Sí  No
  2. ¿Está en una relación con una persona que le pega o amenaza?  Sí  No
  3. ¿En el último año, le han pegado, pateado o lastimado físicamente?  Sí  No
- ¿Ha recibido psicoterapia anteriormente?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿en dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado medicamento para su salud mental?  Sí  No
- ¿Le dieron información de Daymark (centro psiquiátrico)?  Sí  No

Firma del Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Intérprete (si se utilizó) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

H. EVALUACIÓN DE INMUNIZACIONES SEGÚN LAS REGLAS DE LOS CDC (UTD=al día; REF=referido y NA=no aplica)

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Td/Tdap<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA     | MMR<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA           | Varicella<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA | HPV<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA       | Hepatitis A<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA |
| Hepatitis B<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA | Meningococcal<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA | Pneumonia<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA | Influenza<br><input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA |  |

Fuente de Información:  NCIR  Patient  Other Written Documentation

**FOR STAFF USE ONLY**

**SMOKING:**  Would Quit

Cessation Counseling

Refer to stop smoking clinic

Smoking cessation assistance (quit paper?)

Negotiate day of cessation

Referral to cessation counselor advisor

Seen smoking by cessation counselor

Smoking cessation program start date \_\_\_\_\_

**ALCOHOL:**

Status: Social Drinker

Beer

Liquor

Wine

N/A