

Antecedentes médicos y sociales del adulto Continúa



Consumo de sustancias					
Consumo de tabaco	Cantidad	Años	Fecha en que dejó	Tipos	
<input type="checkbox"/> Nunca					
<input type="checkbox"/> Consumo pasivo				<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Rapé
<input type="checkbox"/> Dejó				<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> De mascar
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Puros	
Comentario:					
Consumo de alcohol	Cantidad	Años	Fecha en que dejó	Tipo	
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Dejó					
<input type="checkbox"/> Sí				Botellas de cerveza	
<input type="checkbox"/> Sí				Copas de vino	
<input type="checkbox"/> Sí				Tragos/licor fuerte	
Comentarios:					

Consumo de sustancias		
Consumo de drogas	Cantidad	Tipo
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Dejó		
<input type="checkbox"/> Sí		Drogas intravenosas
<input type="checkbox"/> Sí		Cocaína
<input type="checkbox"/> Sí		Crack
<input type="checkbox"/> Sí		Éxtasis
<input type="checkbox"/> Sí		Heroína
<input type="checkbox"/> Sí		LSD
<input type="checkbox"/> Sí		Marihuana
<input type="checkbox"/> Sí		Metanfetaminas
<input type="checkbox"/> Sí		Otra (describa)
Comentarios:		

Se identifica como:		Sus pronombres de preferencia:	
Hombre	<input type="checkbox"/>	No binario	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>	Género fluido	<input type="checkbox"/>
Mujer transgénero	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>
Hombre transgénero	<input type="checkbox"/>		

Para mujeres y hombres		
Actividad sexual	Parejas	Riesgo de ETS
<input type="checkbox"/> Actualmente no	<input type="checkbox"/> Mujer	¿Usa preservativos como protección contra las enfermedades de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre	Cantidad de parejas sexuales en los últimos 3 meses_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ambos	Cantidad de parejas sexuales en los últimos 12 meses_____
¿Tiene algún factor de riesgo del VIH (pareja VIH+ de ETS, uso de agujas, transfusión de sangre, pareja bisexual, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene algún antecedente de enfermedades de transmisión sexual?		
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Herpes
		<input type="checkbox"/> VPH
		<input type="checkbox"/> Otro
¿Alguna vez fue víctima de abuso físico o sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Antecedentes sexuales	
Sus parejas sexuales son: <input type="checkbox"/> una persona con pene <input type="checkbox"/> una persona con vagina	
¿Qué partes del cuerpo usa cuando tiene relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Boca	
¿Hubo algún cambio en su deseo sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, describa el cambio:	

Antecedentes médicos y sociales del adulto Continuar

Antecedentes sexuales (continuar):					
Anticonceptivos/Protección (Método actual) <input type="checkbox"/> (Método pasado) <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preservativo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Píldora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diafragma			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIU/Paragard	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esponja			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espermicida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ritmo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parche			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Capuchón cervical	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Interrupción del coito			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIU/Mirena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anillo vaginal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depo			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barrera de látex dental	<input type="checkbox"/> Tipo quirúrgico:				
¿Alguna vez se sometió a una prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quiere realizarse una prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alguna pregunta o preocupación respecto a su salud sexual?					
¿Hay algo más que desee que su proveedor médico sepa sobre usted?					
¿Tuvo algún problema con alguno de los métodos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí, explique:					
¿Ahora está usando anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Antecedentes de menstruación/embarazo:			
¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener períodos?			
<input type="checkbox"/> Nunca estuvo embarazada	<input type="checkbox"/> Actualmente está embarazada	<input type="checkbox"/> Planea quedar embarazada el año próximo	
Fecha en que terminó el último embarazo:	Cantidad de embarazos:	Cantidad de nacidos vivos:	Cantidad de embarazos ectópicos:
Cantidad de abortos por elección/terapéuticos:	Cantidad de abortos espontáneos:	Cantidad de hijos vivos:	
Trastorno disfórico premenstrual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo comenzó su última menstruación?	
¿Tiene calambres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemorragia: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Intensa		Manchado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuándo fue su último examen de Papanicolaou?			
¿Alguna vez tuvo un examen de Papanicolaou anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su examen de Papanicolaou fue anormal, ¿cómo se trató?			
Si nació entre 1940 y 1970, ¿su madre usó dietilstilbestrol (DES) cuando estaba embarazada de usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sabe			

Antecedentes médicos y sociales del adulto Continuar

Año en el que recibió por última vez:							
Vacunas				Pruebas/exámenes			
	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe		<input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis		<input type="checkbox"/> Examen de ojos		<input type="checkbox"/> Densidad ósea	
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> Rubéola		<input type="checkbox"/> Análisis de sangre en heces		<input type="checkbox"/> Mamografía	
<input type="checkbox"/> Neumonía		<input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Prueba de colesterol	
<input type="checkbox"/> MMR		<input type="checkbox"/> Tdap		<input type="checkbox"/> Prueba de VIH			
<input type="checkbox"/> VPH		<input type="checkbox"/> Sarampión		<input type="checkbox"/> Prueba de clamidia/gonorrea			
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B							

Preocupaciones personales:					
	No	Sí		No	Sí
¿Ha prestado servicio en el ejército?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna preocupación sobre su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sigue una dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema relacionado con la cafeína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún problema de espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En su trabajo está expuesto a algún peligro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En sus pasatiempos está expuesto a algún peligro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa casco para andar en bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comentarios:		