

Part 2 Patient History	Parte 2 Historia Médica de la paciente
<p>Obstetrical History: Number of pregnancies _____ Number of live births _____ Number of miscarriages _____ abortions _____ Any problems of pregnancy, labor or delivery? _____ Are you currently breastfeeding? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Gynecological History: Age when you had your 1st period _____ First day of last normal period _____ How many days do your periods last? _____</p> <p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you have menstrual cramps? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bleeding between periods? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you have regular monthly periods? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Have you ever had an abnormal pap smear? Date of your last pap smear _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you examine your breasts monthly? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Did your mother take DES when she was pregnant with you? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date of last mammogram _____</p> <p>Immunizations (month/year) Tetanus shot: _____ Pneumovax: _____ Hepatitis B: _____</p> <p>Do you use, or have you used any of the following?</p> <p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcohol? How long? _____ Amount _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobacco? How long? _____ Amount _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Street drugs? Type? _____ Amount _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exposure to cancer causing agents.</p>	<p>Historia Obstétrica: Número de embarazos _____ Número de niños que nacieron vivos _____ Número de mal partos _____ de abortos _____ ¿Tuvo problemas con los embarazos, o con los partos? _____ ¿Está usted dando pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Historia Ginecológica: Edad en que tuvo su primera menstruación: _____ Primer día de su última menstruación normal: _____ Cuantos días le dura su menstruación? _____</p> <p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sufre de cólicos menstrual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sangra aparte de los días de la menstruación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene menstruación regular. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Se examina sus senos mensualmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tomó su madre la medicina DES cuando estaba embarazada con usted? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha del último mamograma _____</p> <p>de vacunas: (mes/año) Vacuna contra el tétano: _____ Antineumococica Polisacarida: _____ Hepatitis B: _____</p> <p>¿Ha usado antes o usa ahora lo siguiente?</p> <p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alcohol? ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tabaco? ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Drogas? ¿Que clase? _____ Cantidad _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Expuesta a algo que cause cancer?</p>

Part 3 Patient Symptoms Review	Parte 3 Síntomas de la paciente
Please check any <u>severe</u> (bad) problems you have:	Favor de marcar cualquier problema severo (malo) que usted tenga:
YES NO	SÍ NO
GENERAL	GENERAL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weight changes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios de peso
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Redness or swelling in legs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enrojecimiento o hinchazon de las piernas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in appetite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambio en apetito
LUNGS	LUNGS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Shortness of breath	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aire
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Silbido (pitido)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tose
EYES, EARS, NOSE, THROAT	OJOS, EARS, NOSE, THROAT
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in vision	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios en la visión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Itchy or watery eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Picor en/o lloroso los ojos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hearing loss	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de audicion
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nasal stuffiness or runniness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fluidos o tapada nasal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoarseness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquera
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dental concerns	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupacion
HEART	CORAZÓN
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irregular or fast beats	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latido rápido o irregular
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest pain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
BREAST/CHEST	SENOS(pecho)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lump	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abultamientos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secreción
GASTROINTESTINAL	GASTROINTESTINAL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in bowel movements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambio en defecacion
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrenimiento
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in appetite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambio de apetito
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo
SKIN	PIEL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rashes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Salpullidos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suspicious moles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mola sospechosa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sores or wounds	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llagas o heridas
NERVOUS SYSTEM	SISTEMA NERVIOSO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Headaches	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anxiety	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos
URINARY/GENITALS	SISTEMA URINARIO Y GENITAL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain, burning, or more frequent urination	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Dolor, ardor, o más frecuencia para orinar?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slow starting or stopping of urinating	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Le es difícil empezar o parar al orinar?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of bladder control	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Perdida de control de la vejiga?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloody or dark urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Orina oscuro o con sangre?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discharge, sores or itching of vagina or penis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene secreción, llagas o picazón en la vagina o pene?
MUSCULOSKELETAL	MUSCULOSKELETAL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Painful extremity or joint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades o articulación (conyuntura) dolorosa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weakness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Debilidad

Part 4 Family Medical History			Parte 4 Historia Médica de su familia		
<p>Have these health problems occurred in your family: ONLY include natural parents, brothers, sisters, grandparents.</p>			<p>¿Han ocurrido estos problemas de salud en su familia? Incluya sus padres, hermanos y abuelos.</p>		
YES	NO	COMMENTS: WHO?	SÍ	NO	INDIQUE QUIÉN Y QUÉ ENFERMEDAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birth defect _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos congénitos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleeding disorders _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug/Alcohol abuse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas o alcohol _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart disease/Heart attacks _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón o infartos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental illness/Depression _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental o depresión _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle cell anemia/Thalassemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de célula falciforme/Talasemia _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras _____ _____

Part 5 Sexual History	Parte 5 Historia Sexual
Age when you had sex the first time? _____	¿A que edad tuvo su primer encuentro sexual? _____
How many partners in past 5 years? _____	¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 5 años? _____
How many partners past year? _____	¿Cuántas parejas ha tenido en el último año? _____
When did you have sex last? _____	¿Cuándo fue su última relación sexual? _____
<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex without a birth control method since last period?</p>	<p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos desde su última menstruación?</p>
<p><u>HIV Risk Assessment</u></p>	<p><u>Evaluación de riesgo de VIH</u></p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexually active after 1977</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with male</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with female</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Used injecting drugs</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex while using non injection drugs</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex for drugs or money</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Victim of sexual assault</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with injecting drug user</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with man who had sex with a man</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with a person with HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sex with person with other HIV/AIDS risk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Did you have a blood transfusion since 1977?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Are you interested in HIV antibody testing?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Have you ever been hit, kicked, punched, slapped, shoved or bit by your husband, boyfriend, or partner?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does your relationship make you feel threatened or unsafe at home?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha estado sexualmente activo después del 1977?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sexo con un hombre?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sexo con una mujer?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha usado drogas inyectadas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido sexo mientras usaba drogas que no se inyectan?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido sexo por drogas o por dinero?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha sido víctima de asalto sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tuvo sexo con alguien que se inyectaba drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tuvo sexo con un hombre que tuvo relaciones sexuales con otro hombre?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tuvo sexo con una persona que tenía el VIH o SIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tuvo sexo con una persona que tenía riesgos al VIH o SIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una transfusión de sangre desde 1977?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene interés en un análisis de VIH o SIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿A usted alguna vez le han pegado, pateado, golpeado, bofetado, empujado ó ha sido mordida por su esposo, novio o pareja?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Su relación la hace sentir amenazada o insegura en su hogar?</p>

Part 6

NUTRITION

Tell us about your daily diet:

- a. On special diet? No Yes, what kind?

- b. Do you eat fruits:
 every day sometimes never
- c. Do you eat vegetables:
 every day sometimes never
- d. Do you eat fried foods:
 every day sometimes never
- e. Do you eat cookies, cakes, pies, candy:
 every day sometimes never
- f. Do you drink: soda Gatorade fruit juice fruit drinks

EXERCISE

Do you exercise regularly? Yes No

If yes, what type & how often?

- None 2-3 times per week (30 minutes)
- 4 or more times per week

Example: walking, biking, running, weights, etc.

SAFETY

Do you use your seat belt? Yes No

If yes, how often? Always Sometimes Never

Provider/Nurse's signature & title

Date Initial/Update

Provider/Nurse's signature & title

Date Update

Provider/Nurse's signature & title

Date Update

Provider/Nurse's signature & title

Date Update

Provider/Nurse's signature & title

Date Update

Parte 6

NUTRICION

Dígame sobre su dieta diaria:

a. ¿En dieta especial? ¿ No Si, qué clase?

b. Come usted frutas:

todos los días a veces nunca

c. Come usted verduras:

todos los días a veces nunca

d. Come usted comida frita:

todos los días a veces nunca

e. Come usted galletas dulces, pasteles, tartas, caramelo:

todos los días a veces nunca

f. Toma usted: soda Gatorade jugos de frutas

bebidas de frutas

EJERCICIO

¿Hace usted ejercicios con regularidad? Si No

¿Si, qué tipo y con que frecuencia?

- Ninguno 2-3 veces por semana (30 minutos)
- 4 o más veces por semana

Ejemplo: andar, correr bicicleta, correr, pesas, etc.

SEGURIDAD

¿Usa usted su cinturón de seguridad? Sí no

¿Si, con qué frecuencia? Siempre Algunas veces
 Nunca

Firma de la proveedor/enfermera y título

Fecha

Firma de la proveedor/enfermera y título

Fecha

Firma de la proveedor/enfermera y título

Fecha

Firma de la proveedor/enfermera y título

Fecha

Firma de la proveedor/enfermera y título

Fecha

Progress Notes (history only):
