

## District 4 Patient Self-History Form

Place patient label here.

Es alergico (a) a alguna medicina o comida?  Si  No

Si es si, por favor ponga el nombre y la reaccion? \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que esta esta tomando (incluyendo planificacion familiar, hierbas y medicamentos sin receta):

\_\_\_\_\_

Tiene un medico de cabecera o un lugar donde recibe cuidado medico de rutina?  Si  No

En este momento esta en tratamiento por una enfermedad?  No  Si

*Circule S para "Si" o N para "No." Si no esta seguro (a), sobre alguna pregunta dejela en blanco y pidale ayuda a la enfermera. El historial familiar incluye su madre, padre, abuelos maternos y paternos, tias, tios, hermanos y hermanas (solo familia de sangre).*

Historial Medico: Circule lo que le aplique, S para si o N para no	USTED	FAMILIA	NURSING COMMENTS
Defectos de Nacimiento	S o N	S o N	
Senos	S o N	S o N	
Cancer	S o N	S o N	
Enfermedades Transmisibles (VIH/Sarampion/Varicela)	S o N	S o N	
Dermatologico (Acne/Eczema/Psoriasis)	S o N	S o N	
Oido/Nariz/Garganta/Boca	S o N	S o N	
Enfermedades Gastrointestinales	S o N	S o N	
Desordenes Geneticas (Syndrome de Down/Anemia de Celula Falciforme)	S o N	S o N	
Enfermedades Genitourinarias (Infeccion Urinaria frecuente, Quistes Ovaricos, Fibromas Uterinos, etc.)	S o N	S o N	
Problemas Auditivos	S o N	S o N	
Enfermedades Cardiacas (Hipertension/Derrame/Infarto/Soplo)	S o N	S o N	
Hematologico (Anemia/Coagulos de Sangre/Transfusiones de Sangre)	S o N	S o N	
Enfermedades Hepatobiliares (Higado/Hepatitis/Vesicula/Pancreatitis)	Y o N	Y o N	
Hospitalizacion/Visita a la Sala de Emergencia/Cirugias	S o N		
Enfermedades Infecciosas	S o N	S o N	
Enfermedades de los Rinones	S o N	S o N	
Enfermedades del Pulmon(Asma/Bronquitis Cronica/EPOC/Tuberculosis (TB))	S o N	S o N	
Metabolico/Endocrino (Diabetes/Problemas de Tiroides)	S o N	S o N	
Musculoesqueletico (Artritis/Gota/Osteoporosis)	S o N	S o N	
Neurologico (Crisis(convulsiones)/Migranas)	S o N	S o N	
Sobrepeso/Obesidad	S o N	S o N	
Desordenes de Cavidad Oral (Implantes/Ulceras/Caries)	S o N	S o N	
Desordenes Sicologicas (Depresion/Desorden Bipolar/Ansiedad/Pensamientos de Suicidio)	S o N	S o N	
Reproductivo (Numero de embarazos en total _____, 40 Sem. _____, Prematuro _____, Nacido Muerto _____, Aborto Provocado _____, Aborto Espontaneo _____)	S o N		
Reumatologico (Lupus/Artritis Reumatoide)	S o N	S o N	

### District 4 Patient Self-History Form

Place patient label here.

Enfermedades de Transmision Sexual (ETS)	S o N			
Problemas de Vision (Cataratas/Glaucoma/Lentes/Lentes de Contacto)	S o N		S o N	
Bebe alcohol? S o N Si es si, que? _____ Cantidad _____ Frecuencia: _____	Alguna vez su pareja le ha pegado, pateado o aventado cosas ? S o N			
Usa drogas? S o N Si es si, cuales? _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____	Alguna vez alguien la(o) ha obligado a tener sexo o cualquier tipo de contacto sexual en contra de su voluntad? (cuando ha dicho o querido decir que no) S o N			
Hasta que grado termino en la escuela? _____	Usted o sus hijos alguna vez le han tenido temor /han sido amenazados por su pareja/novio? S o N			
Trabaja? (circule uno) Tiempo completo Tiempo Medio Desempleado Estudiante Otro _____ Ocupacion: _____	Cual es su estado marital? (circule uno) Divorciado(a) Vive con su pareja Casado(a) Soltero(a) Viudo(a)			
Ha estado encarcelado (carcel o prision)? S o N	Alguna vez ha tenido deseos de hacerse dano usted mismo? S o N			
Tiene libertad condicional? S o N	Alguna vez ha usado jeringas para inyectarse drogas? S o N			
Con quien vive? _____	Alguna vez ha intercambiado sexo por drogas o dinero? S o N			
Fuma, mastica, o chupa tabaco ? S o N Si es si, cuanto al dia? _____	Alguna vez ha tenido sexo mientras usa drogas que no se inyectan? S o N			
Alguna vez ha fumado tabaco y despues lo dejo? S o N				

## District 4 Patient Self-History Form

Place patient label here.

<p><b>Hombres y Mujeres:</b>          Edad que tuvo sexo la primera vez? _____          Fecha del ultimo sexo: _____          Numero de parejas en el ultimo ano? _____          Alguna nueva pareja en los ultimos 60 dias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Numero de parejas en los ultimos 60 dias? _____          Usa condones cada vez que tiene sexo? S o N          Tiene sexo con ?  <input type="checkbox"/> solo hombres <input type="checkbox"/> solo Mujeres <input type="checkbox"/> Con Hombres y Mujeres          La fecha de la ultima prueba de VIH: _____          Ultimo resultado de prueba de VIH: _____          Su pareja (s) tiene algun problema? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Marque todas las maneras que tiene sexo:  <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal          Que usa para planificar? (marque todo lo que aplica a usted)  <input type="checkbox"/> Condomes Masculinos <input type="checkbox"/> Condomes Femeninos  <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Espuma/Gel <input type="checkbox"/> Parche  <input type="checkbox"/> Inyeccion <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas <input type="checkbox"/> Vasectomia <input type="checkbox"/> Coito interrumpido  <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____          Esta satisfecha con este metodo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Si no, cual metodo(s) desea? _____          Usted o su pareja desea embarazarse? Si o No          Si es si, cuando? _____          Cual es su estado de salud ahora?  <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Mas o menos <input type="checkbox"/> Mal          Ha recibido cuidado dental en el ano pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Mujeres Solamente:</b>          A que edad empezaron sus periodos? _____          Cuando empezo su ultimo periodo? _____          Cuantos dias le duro? _____          Fue normal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique _____          Algun problema con su periodo? _____          Periodos dolorosos que requieren medicina? _____          Usa duchas vaginales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Tiene flujo vaginal o mal olor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Se examina usted misma los pechos? S o N          Cada cuando? _____          Algun problema con los pechos? _____          Fecha de su ultimo examen pelvico: _____          Fecha de su ultimo papanicolau(citologia) _____          Alguna vez le ha salido un resultado anormal de su papanicolau (citologia)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Alguna vez se ha hecho una mamografia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Fecha de su ultima mamografia: _____          Fecha de su ultimo examen colorrectal: _____          Fecha que termino su ultimo embarazo: _____          Esta amamantado ahora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          Su madre tomo DES (diethylstilbestrol) cuando estaba embarazada con usted (si nacio antes de 1972)? S or N          Tuvo algun problema con algunos de sus embarazos? S or N</p>
<p><b>Hombres Solamente:</b>          Se ha hecho la circuncision? S o N          Tiene algun problema con los testiculos o el escroto (bultos, dolor, hinchazon)? S o N          Se revisa usted mismo los testiculos? S o N          Ha estado involucrado en un embarazo o ha engendrado un hijo? S o N</p>	