Fecha _____

PARTE QUE DEBE LLENAR EL PACIENTE

¿Cuál es el motivo principal de su visita en el día de hoy?

¿Está presentando algún problema con su método anticonceptivo del que quisiera hablarlo? sí no
Si respondió que sí, haga el favor de explicar brevemente:

¿Cuál fue el primer día de su último periodo menstrual?

¿Es alérgico(a) a alguna medicina o alimento? sí no
Si respondió que sí, haga el favor de escribir las medicinas o los alimentos a los que es alérgico(a) y la reacción que le provoca cada uno:

Medicamentos actuales (Por receta / Sin receta): Ninguno Multivitamínicos Ácido fólico Calcio
 Anticonceptivo, tipo: _____ Otros:

En el tiempo que ha pasado desde su última visita, ¿ha tenido alguna hospitalización, cirugía, alguna lesión de envergadura o algún otro cambio en su historia clínica? sí no
Si respondió que sí, haga el favor de explicar brevemente:

Tabaquismo / Exposición al humo (cigarrillos, tabacos, pipa, untado de picadura en las encías, masticado, rapé, cigarrillos electrónicos):

Nunca he fumado Expuesto(a) al humo Fumaba: tipo _____ Fumo ahora: tipo _____ (# por día _____)

Alcohol

Nada
 Raras veces: tipo _____
 De vez en cuando: tipo _____
 Con frecuencia: tipo _____

Drogas ilícitas

Nada
 Raras veces: tipo _____
 De vez en cuando: tipo _____
 Con frecuencia: tipo _____

Salud mental: (en los últimos 90 días)

Ningún problema
 Depresión leve/moderada
 Depresión severa
 Pensamientos de lastimarse a uno mismo / a otros

Maltrato / Negligencia / Violencia:

Cero temor de sufrir daños para tener relaciones sexuales Presión
 Necesidades cotidianas no satisfechas
 Contacto sexual forzado
 Temor de sufrir maltrato verbal/físico
 Sexo por dinero o drogas

Está sexualmente activo(a): Sí: fecha de la última relación sexual _____ No (Si la respuesta es no, sáltese las preguntas siguientes y firme más abajo.)
Sexualmente activo(a) con: Hombres Mujeres
 Ambos Parejas anónimas

¿Usa condón para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual? Sí No

¿Ha tenido alguna nueva pareja sexual en los últimos 60 días? Sí No

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? _____

Que usted sepa, ¿ha tenido alguna exposición a alguna enfermedad de transmisión sexual? Sí No

Marque los síntomas que esté presentando: Cero quejas
 Secreción Mal olor Llagas Dolor en la región genital Sarpullido Bultos
 Picazón genital Otros _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER

ABUSE, NEGLECT, VIOLENCE: (sexually active minors only) : Age of partner: _____

Interruption in B/C method? yes no Describe: _____

Any unprotected sex in last 5 days? yes no If yes, date of unprotected sex _____

Any problems with method or ACHES/PAINS? yes no Describe: _____

Health Education: topics discussed today

Counseled on birth control method Preconception /Folic Acid
 Calcium Supplementation Diet / Nutrition
 Physical activity Mental Health
 ATOD / Cessation / SHS STD / HIV
 MINOR Family Planning: Sexual coercion. Abstinence. Benefits of parental involvement.

Educational Handouts:

FPEM PTEM
 STDEM Other: _____

Patient voices understanding of education given. A&O x3
 Appearance WNL

Testing today: N/A

GC
 Chlamydia
 VDRL
 HIV
 Urine PT / UCG: Pos Neg
 Other: _____

Medications/Supplies:

Foam issued (#) _____
 Condoms issued (#) _____
 ECP
 Birth Control Method given: _____
 Foam and Condoms offered, pt declined
 Other: _____

Referrals made: N/A

1-800-QUIT-NOW
 Smoking Cessation Program: _____
 PCP
 MNT
 FP Medical Revisit
 Other: _____

Notes:

Healthcare Provider Signature: _____

Date: _____

Recommended RTC: _____