

**OFFICE USE ONLY:**

Ht. \_\_\_\_ Wt. \_\_\_\_ BP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ P \_\_\_\_

Smoking \_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_ COVID \_\_\_\_

EDPS \_\_\_\_ GA Hope \_\_\_\_ Healthy Start \_\_\_\_

Instrucciones: Por favor llene completamente.

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Que tan bien hablas ingles? Excelente / Buena / Necesitas ayuda

Necesitas traductora? Círculo: Sí No

¿Qué idioma lee/habla más en casa? \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma escribes mejor? \_\_\_\_\_

Educación: <9 grado / GED / Escuela secundaria / Escuela tecnica / Alguna educación superior / Colega

Tienes trabajo? Círculo: Sí No

¿Cuándo es el mejor momento para llamarle? \_\_\_\_\_

¿Recibe cupones de alimentos, WIC? Círculo: Sí No

¿Tiene algún otro seguro de salud? Círculo: Sí No ¿Otra aseguradora? \_\_\_\_\_

¿Tienes familiares/amigos que te ayuden? Círculo: Sí No

¿Tendrá transporte a sus citas? Círculo: Sí No

¿Cuál es su situación de vida actual? Círculo: Sin hogar Vive solo Vive con alguien

¿Con quien vives? Esposo Novio Madre Padre Hijos Otro \_\_\_\_\_

¿Se necesita alguna otra ayuda para el hogar? Encierre en un círculo: Sí No Describa: \_\_\_\_\_

**Historia médica/social:**

Marque cualquiera de los siguientes en los que personalmente haya tenido un historial:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lupus                                  | <input type="checkbox"/> Herpes   | <input type="checkbox"/> Fibras Uterinas                                  |
| <input type="checkbox"/> Células falciformes (Sickle Cell)      | <input type="checkbox"/> Sífilis (Syphilis)                                       | <input type="checkbox"/> Endometriosis                                    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                 | <input type="checkbox"/> Clamidia/Gonorrea (Chlamydia/ Gonorrhea)                 | <input type="checkbox"/> Embarazo tubárico o ectópico                     |
| <input type="checkbox"/> Coágulo Sanguíneo (Blood Clot)         | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales (Genital Warts)                       | <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro/Alumbramiento         |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (High blood pressure)     | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA (HIV / AIDS)                                  | <input type="checkbox"/> Aborto repetido                                  |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía (Heart Disease)            | <input type="checkbox"/> Fuma (Smoking)   | <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal después de 20 semanas           |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular (Stroke)     | <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Diabetes con embarazo                            |
| <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos (Thyroid Problems) | <input type="checkbox"/> Alcohol o Drogas Recreativas                             | <input type="checkbox"/> Múltiples nacimientos (gemelas, trillizos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (De tipo 1 o 2)               | <input type="checkbox"/> Problemas sociales:<br>Vivienda, Servicios Públicos, WIC | <input type="checkbox"/> Preeclampsia/ Eclampsia                          |
| <input type="checkbox"/> Úlceras (Ulcers)                       | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad                                       | <input type="checkbox"/> Bebé anormal al nacer                            |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures)                |   | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____                            |

¿Utiliza actualmente drogas recreativas? Circule: Sí No ¿Qué droga(s)? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en una relación en la que está física o mentalmente lastimado, amenazado o atemorizado?

Círculo: Sí No

**Historial de obstetricia:**

¿Ha estado embarazada antes? Encierre en un círculo: Sí No

Fecha de finalización de su embarazo anterior: \_\_\_\_\_

# total de niños vivos: \_\_\_\_ ¿Cuántos de sus hijos tienen Medicaid? \_\_\_\_\_

# total de embarazos: \_\_\_\_ # Nacimientos prematuros (antes de las 37 semanas): \_\_\_\_\_ # de abortos: \_\_\_\_\_

# de abortos espontáneos: \_\_\_\_ # de bebés admitidos en NICU: \_\_\_\_ # de mortinatos: \_\_\_\_ # de Niños que fallecieron: \_\_\_\_\_

¿Has tenido una cesárea? Círculo: Sí No

Por favor escriba los nombres y edades de los niños que viven con usted: \_\_\_\_\_

**Embarazo actual:**

Marque cualquiera de los síntomas de embarazo que tiene actualmente.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Calambre abdominal        | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Náuseas                         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                  | <input type="checkbox"/> Mareo                  | <input type="checkbox"/> Vómitos                         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda          | <input type="checkbox"/> Fatiga                 | <input type="checkbox"/> Dolor (pie/pierna)              |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón abdominal/Gases | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza      | <input type="checkbox"/> Hinchazón en manos/piernas/pies |
| <input type="checkbox"/> Pechos tiernos            | <input type="checkbox"/> Acidez                 | <input type="checkbox"/> Manchado/sangrado vaginal       |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento             | <input type="checkbox"/> Hemorroides            | <input type="checkbox"/> Venas varicosas                 |
| <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Apetito incrementado   |  |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                   | <input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria    |  |

Nombre:	Número de Medicaid:	Fecha:
---------	---------------------	--------

### PLAN DE VIDA REPRODUCTIVO

Es bien importante que le dejes saber a tú proveedor cuáles son los planes en cuánto a tener o no tener hijos y de protegerse a usted de contraer infecciones transmitidas sexualmente. Tú proveedor de salud te puede ayudar mejor con el plan familiar o con necesidades anticonceptivas, y ayudarte en cómo proteger tú salud y la salud de los hijos que desees tener.

*Favor de decirnos tus planes para tener o no tener, hijos y protegiéndote tú misma con infecciones transmitidas sexualmente, chequeando en la caja que mejor se asemeja a tú contestación.*

1. ¿Cómo describiría su deseo de tener hijos?
  - NO QUIERO tener hijos nunca (o nunca más)
  - YO QUIERO tener hijos:
    - En 1 a 2 años
    - En 3 a 4 años
    - En 5 o más años
    - No estoy segura cuando
  - Estoy insegura si quiero hijos ahora o en el futuro
  
2. ¿Tú o (tú pareja) hacen algo para prevenir el embarazo o Infecciones Transmitidas Sexuales?
  - No tengo pareja o no estoy activa sexualmente ahora mismo
  - Estoy activa sexualmente con una pareja de mí mismo sexo
  - No, Yo (y mi pareja) no hacemos nada para prevenir el embarazo o Infecciones Transmitidas Sexualmente
  - Algunas veces cuando tenemos sexo, Yo (o mi pareja) hacemos algo para prevenir el embarazo o Infecciones Transmitidas Sexualmente
  - Cada vez que tengo sexo, Yo (o mi pareja) hacemos algo para prevenir el embarazo o Infecciones Transmitidas Sexualmente

**Si usted (o su pareja) hacen algo para prevenir el embarazo o Infecciones Transmitidas Sexualmente “Algunas veces” o “Siempre” que tienen sexo, que método utilizan:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condones                  | <input type="checkbox"/> Diafragma                      |
| <input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino (IUD) |
| <input type="checkbox"/> Parcho                    | <input type="checkbox"/> Mis tubos están Ligados        |
| <input type="checkbox"/> Depo-Provera              | <input type="checkbox"/> Mi pareja se hizo Vasectomía   |
| <input type="checkbox"/> Anillo Vaginal            | <input type="checkbox"/> Otra _____                     |
| <input type="checkbox"/> Implante                  |   |

3. ¿Hay un método de control de natalidad que tu o tu pareja han pensando en usar o del cual quisieras saber más? \_\_\_\_\_
  
4. ¿Estas teniendo (o has tenido) problemas con el método de control de natalidad que te gustaría hablar con tu proveedor de salud hoy? \_\_\_\_\_
  
5. ¿Te concierne algo sobre las Infecciones Transmitidas Sexualmente?
  - No                       Quizás                       Si