

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:

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Calambre abdominal | ☐ Dificultad para dormir | ☐ Náuseas |
| ☐ Ansiedad | ☐ Mareo | ☐ Vómitos |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Fatiga | ☐ Dolor (pie/pierna) |
| ☐ Hinchazón abdominal/Gases | ☐ Dolores de cabeza | ☐ Hinchazón en manos/piernas/pies |
| ☐ Pechos tiernos | ☐ Acidez | ☐ Manchado/sangrado vaginal |
| ☐ Estreñimiento | ☐ Hemorroides | ☐ Venas varicosas |
| ☐ Depresión | ☐ Apetito incrementado | |
| ☐ Diarrea | ☐ 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.

- ¿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
- ¿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:

- | | |
|--|---|
| ☐ Condones | ☐ Diafragma |
| ☐ Pastillas Anticonceptivas | ☐ Dispositivo Intrauterino (IUD) |
| ☐ Parcho | ☐ Mis tubos están Ligados |
| ☐ Depo-Provera | ☐ Mi pareja se hizo Vasectomía |
| ☐ Anillo Vaginal | ☐ Otra _____ |
| ☐ Implante | |

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