

Identificación del paciente	
Fecha de hoy: ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___	
Nombre del paciente: _____ Edad: _____	
Indique medicamentos, alimentos, látex, etc., a los que sea alérgico y las reacciones que le provocan: _____	
Antecedentes nutricionales	
Sí No ¿Le gustaría hacer algún cambio en su dieta? En caso afirmativo, indique cuáles: _____	
Sí No ¿Hace ejercicio físico con regularidad? Describa cuál: _____	
Indique los complementos, productos herbales o para perder peso que consume: _____	
Vacunas (indique las fechas)	
Sí No Sarampión, paperas, rubeola (MMR) _____	
Sí No Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap) _____	
Sí No Hepatitis A _____	
Sí No Hepatitis B _____	
Sí No Varicela _____	
Sí No HPV (virus del papiloma humano) _____	
Sí No Influenza (gripe) _____	
Sus antecedentes familiares	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no conoce sus antecedentes familiares.	
¿Sus abuelos, padres o hermanos han sufrido alguno de los siguientes trastornos? En caso afirmativo, aclare quién y a qué edad.	
Sí No Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax _____	
Sí No Problemas de sangrado _____	
Sí No Presión arterial alta (hipertensión) _____	
Sí No Colesterol/triglicéridos altos _____	
Sí No Cáncer de mama/ovario/cuello uterino/colon _____	
Sí No Infarto _____	
Sí No Derrame cerebral _____	
Sí No Diabetes _____	
Sí No Defectos congénitos _____	
Sí No Consumo abusivo de alcohol o drogas _____	
Sus antecedentes médicos	
¿Sufre o ha sufrido alguno de los siguientes trastornos?	
Sí No ¿Toma algún medicamento con receta o de venta libre? Indíquelo a continuación: _____	
Sí No ¿Estuvo en la sala de urgencias u hospitalizado en el último año? Indíquelo a continuación: _____	
Sí No Asma	
Sí No Cardiopatía o presión arterial alta (hipertensión)	
Sí No Infarto o derrame cerebral	
Sí No Colesterol/triglicéridos altos	
Sí No Migrañas o cefaleas frecuentes. Especifique: _____	
Sí No Cambios en la visión o entumecimiento	
Sí No Lupus (SLE)	
Sí No Cáncer	
Indique el tipo y el año en que fue diagnosticado: _____	
Sí No Problemas sanguíneos (anemia drepanocítica, hemofilia, bajo nivel de hierro)	
Sí No ¿Usted o su(s) pareja(s) alguna vez recibieron transfusión sanguínea, de tejidos u órganos o inseminación artificial?	
Sí No Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)	
Sí No Enfermedad de la vesícula biliar	
Sí No Cirugías Indique a continuación: _____	
Sí No Afecciones mamarias	
Sí No Mamografía Fecha de la última mamografía: ___/___/___	

Sus antecedentes médicos (cont.)	
Sí No Problemas renales o de vejiga	
Sí No Enfermedad hepática (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis)	
Sí No Diabetes	
Sí No Epilepsia o convulsiones	
Sí No Depresión u otros problemas de salud mental	
Sí No ¿Se hizo operación de cambio de sexo?	
Su salud sexual y reproductiva	
¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?	
Sí No Clamidia	
Sí No Gonorrea	
Sí No Verrugas genitales/virus del papiloma humano (HPV)	
Sí No Sífilis	
Sí No Herpes	
Sí No Tricomoniasis	
Sí No Uretritis no gonocócica (UNG)	
Sí No ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez agujas para inyectarse drogas?	
Sí No ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez tuvieron relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero?	
Sí No ¿Usa preservativos? (externos o internos)	
En caso afirmativo, indique la frecuencia: Nunca A veces Siempre	
Sí No ¿Alguna vez se hizo una prueba de VIH? ¿Cuándo? _____	
Sí No ¿Su prueba de VIH dio positivo?	
Sí No ¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?	
Sí No ¿Cuántas parejas sexuales tuvo? _____	
Sí No Sus parejas sexuales son: hombres ___ mujeres ___ ambos ___ transgénero ___ transexuales ___ intersexuales ___ no binarios ___ otros ___	
Sí No ¿Practica sexo vaginal?	
Sí No ¿Practica sexo oral? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Recibe/abajo Da/arriba	
Sí No ¿Practica sexo anal? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Insertivo/arriba Recibe/abajo Ambas	
Sí No ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____	
Sí No ¿Alguna de sus parejas masculinas tuvo relaciones sexuales con otros hombres?	
Sí No ¿Alguna de sus parejas tiene VIH?	
Sí No ¿Tiene un adulto de confianza con quien hablar de relaciones sanas, sexo y métodos anticonceptivos?	
Sí No ¿Alguna vez fue obligado a hacer algo sexual que no quería o su pareja se negó a usar preservativo?	
Sí No ¿Su pareja está de acuerdo con su decisión de quedar o no embarazada y cuándo?	
<i>Responda estas preguntas solo si es hombre, se le asignó el sexo masculino al nacer o cambió de sexo de hombre a mujer (MTF)</i>	
Sus antecedentes urológicos	
Sí No ¿Tiene alguna secreción anómala en el pene?	
Sí No ¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, o bulto en el pene, escroto o los testículos?	
Sí No ¿Ha sentido dolor al mantener relaciones sexuales? Cuándo: _____	
Sus antecedentes reproductivos	
¿Cuántos hijos tiene? _____	
Sí No ¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento? ¿Cuándo cree que sería eso? _____	
¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? _____	
Sí No ¿Usa algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál usa? _____	

Nombre del paciente: _____

Responda estas preguntas solo si es mujer, se le asignó el sexo femenino al nacer o cambió de sexo de mujer a hombre (FTM)

Sus antecedentes menstruales

Fecha de su último período menstrual (el primer día): ____/____/____

- Sí No** ¿Su último período menstrual fue normal?
Sí No ¿Tiene el período todos los meses?
 Cantidad: poca ____ media ____ abundante ____
Sí No ¿Tiene sangrado entre períodos?
Sí No ¿Tiene dolores menstruales durante los períodos?
Sí No ¿Toma medicamentos para dichos dolores? Qué toma: _____
 ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? _____

Sus antecedentes de embarazos

¿Cuántas veces estuvo embarazada? _____

Indique las fechas de los partos: _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____

Indique las fechas de abortos (espontáneos o no): _____

Indique las fechas de embarazos extrauterinos: _____

- Sí No** ¿En este momento está amamantando?
Sí No ¿Alguno de sus hijos pesó menos de 5 ½ libras al nacer?
Sí No ¿Alguno de sus hijos pesó más de 9 libras al nacer?
Sí No ¿En algunos de sus embarazos tuvo presión arterial alta o diabetes o el bebé nació con defectos congénitos?

Sus antecedentes ginecológicos

¿Cuándo se hizo el último examen de Papanicolau o detección de HPV? _____

¿Tuvo alguno de los siguientes problemas?

- Sí No** ¿Resultado anormal del Pap o del HPV? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Sí No ¿Se realizó alguna colposcopia, biopsia o tratamiento del cuello uterino? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Sí No Problemas de ovarios
Sí No Problemas de útero o fibromas uterinos
Sí No Enfermedad inflamatoria pélvica (PID)
Sí No Dolor u otros problemas al mantener relaciones sexuales
Sí No Infecciones vaginales (a causa de hongos o bacterias)

Sus antecedentes de métodos anticonceptivos

Sí No ¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento?

¿Cuándo cree que sería eso? _____

¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? _____

- Sí No** ¿En este momento está usando algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál? _____
Sí No ¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos anticonceptivos utilizados? Especifique: _____
Sí No En los últimos 5 días o desde su último período, ¿mantuvo relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos o el método empleado falló (los preservativos son un método anticonceptivo)?

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuán a menudo se sintió mal por alguno de estos problemas?

Sintió poco interés o placer en hacer las cosas

0 1 2 3

Se sintió triste, deprimido o sin esperanza

0 1 2 3

*PHQ-2

Sí No ¿Alguien le ha pegado, golpeado o herido de alguna forma durante el último año? En caso afirmativo, ¿quién fue? _____

Sí No ¿Se siente segura en su relación actual?

Sí No ¿Hay alguna pareja anterior que la está haciendo sentir insegura ahora?

*PVS

Sí No ¿Alguna vez sufrió abuso emocional o físico por parte de una pareja o alguien importante en su vida?

Sí No En el último año, ¿alguien la golpeó, abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: _____

Sí No En el último año, ¿alguien la obligó a mantener relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: _____

Sí No ¿Le teme a su pareja o a alguna de las personas nombradas anteriormente?

Responda la siguiente pregunta solo si está embarazada en este momento:

Sí No Desde que está embarazada, ¿alguien la abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

*AAS (Usar AAS-D según corresponda)

Nombre del paciente: _____

Responda estas preguntas si tiene menos de 22 años.

En los últimos 12 meses,

- | | | |
|-----------|-----------|---|
| Sí | No | ¿bebió alcohol (más que unos pocos sorbos)? |
| Sí | No | ¿consumió marihuana o hachís? |
| Sí | No | ¿usó alguna otra sustancia para drogarse (como drogas ilegales, medicamentos de venta libre y con receta, o algo para aspirar o inhalar)? |

Si respondió que **sí** a alguna de las preguntas anteriores, responda las siguientes:

- | | | |
|-----------|-----------|--|
| Sí | No | ¿Ha viajado en un automóvil conducido por alguien (incluso usted) "drogado" o que haya estado consumiendo alcohol o drogas? |
| Sí | No | ¿Consumo alcohol o drogas para relajarse , sentirse mejor con usted mismo o encajar en un grupo? |
| Sí | No | ¿Consumo alcohol o drogas cuando está solo o a solas ? |
| Sí | No | ¿Alguna vez se olvida las cosas que hace cuando está consumiendo alcohol o drogas? |
| Sí | No | ¿Sus familiares o amigos alguna vez le dicen que debería disminuir su consumo de drogas o alcohol? |
| Sí | No | ¿Alguna vez se metió en problemas mientras estaba consumiendo alcohol o drogas? |

**CRAFFT para adolescentes*

Responda estas preguntas si tiene más de 21 años.

En el último año, ¿cuán a menudo consumió lo siguiente?

Alcohol (hombres: 5 o más bebidas/día; mujeres: 4 o más bebidas/día).

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Tabaco/productos de marihuana

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Medicamentos con receta sin razones médicas

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Drogas ilegales

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

**NIDA ASSIST para adultos*

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____