

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

PATIENT INFORMATION

Información Del Paciente

Today's Date: _____

Fecha

Name: (Last, First): _____

Nombre

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Age: _____ Social Security #: _____ - _____ - _____

Fecha de

Mes

Día

Año

Edad

Seguro Social

Nacimiento

Address: _____ Apt#: _____

Dirección

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Home Phone#: _____ Cell Phone#: _____

Teléfono de casa

Teléfono de celular

Email Address: _____

Correo Electrónico

Employer: _____ Occupation: _____

Empleador

Ocupacion

Work Phone#: _____

Teléfono de trabajo

Marital Status (Circle one): Single Married Divorced Separated Widowed

Estado Civil

Soltera

Casada

Divorciada

Separada

Viuda

Race: White Asian Pacific Islander Black or African American

Native American Indian Other: _____

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Specify: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

En Caso de Emergencia Notifique

Emergency Contact: _____

Contacto de Emergencia

Phone: _____ Relationship: _____

Teléfono

Relación

Nearest Friend or Relative Not living with you: _____

La Persona o Amistad que no Vive con Usted

Phone: _____ Relationship: _____

Teléfono

Relación

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Información de Seguranza Primaria

Primary Insurance: _____ Policy#: _____
Seguro Primario *Numero de Póliza*

Claims Address: _____ City: _____
Dirección de Reclamar *Cuidad*

State: _____ Zip Code: _____ Phone#: _____
Estado *Código Postal* *Teléfono*

Policy Holder: _____ Insured D.O.B ____/____/____
Tenedor de una Póliza *Fecha de Nacimiento*

Relationship to Patient: _____ Social Security of Insured: _____
Relación con paciente *Seguro Social del Asegurado*

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador *Trabajo*

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

Información de Seguranza Secundaria

Primary Insurance: _____ Policy#: _____
Seguro Secundario *Numero de Póliza*

Claims Address: _____ City: _____
Dirección de Reclamar *Cuidad*

State: _____ Zip Code: _____ Phone#: _____
Estado *Código Postal* *Teléfono*

Policy Holder: _____ Insured D.O.B ____/____/____
Tenedor de una Póliza *Fecha de Nacimiento*

Relationship to Patient: _____ Social Security of Insured: _____
Relación con paciente *Seguro Social del Asegurado*

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador *Trabajo*

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

2023 Office Políticas

Pólizas y pagos de Seguros:

Nuestro objetivo es proporcionarle la mejor atención posible. Queremos ser eficientes, eficaces y diligentes en nuestras interacciones con usted. No podemos practicar buena medicina o negocios sin pagos oportunos.

Como resultado, todos los pagos se deben pagar en el momento del servicio.

Nuestra oficina **NO** está contratada con la mayoría de los seguros y no acepta los horarios de tarifas de seguro.

Nuestros horarios de tarifas se basan en 120-150% de las tarifas de Medicare.

_____ **Iniciales del paciente**

Laboratorios y pruebas:

No estamos contratados con Seguros para Visitas al Consultorio o Procedimientos realizados en la oficina. Podemos usar seguros para laboratorios o pruebas realizadas en la oficina. Si enviamos su(s) espécimen(s) a un laboratorio para su procesamiento a través de su seguro, no somos responsables de ninguna factura que reciba del laboratorio.

Si usted no tiene seguro, o prefiere no usar su seguro, usted es responsable de pagar la cuota de laboratorio en nuestra oficina. Usted también es responsable de llamar al laboratorio dentro de las 24 horas para las colecciones de Papanicolaou por el precio con descuento.

No somos responsables de ninguna factura que haya recibido del laboratorio.

_____ **Iniciales del paciente**

Comunicaciones con el paciente:

Al proporcionar mi número de teléfono, entiendo que puedo recibir llamadas o recordatorios de mensajes de texto de nuestra oficina. Las llamadas telefónicas se pueden hacer con respecto a las visitas al consultorio, los resultados de las pruebas o los medicamentos. No discutiremos ninguna información por teléfono hasta que hayamos confirmado que estamos hablando directamente con usted. Si no puede contestar el teléfono, dejaremos un mensaje general que no divulgue ninguna Información de Salud Personal.

Los mensajes de texto son para recordatorios de citas. Recibirlos es completamente opcional. Puede optar por no recibirlos en cualquier momento.

_____ **Iniciales del paciente**

Saldo en cuentas:

Su saldo vence en su visita de seguimiento, a menos que haya circunstancias especiales, tales como, arreglos de pago programados en colaboración con el gerente de la oficina.

_____ **Iniciales del paciente**

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Tarjeta de crédito:

Se aplicará un cargo de 4% cuando los servicios se paguen con crédito o debito. Si pagan en efectivo, no habrá cargo adicional de 3.99%.

_____ **Iniciales del paciente**

Dueño de tarjeta:

Es nuestra política que el titular de la tarjeta esté presente en el momento de la cita. Cualquier cargo que se refute si el titular de la tarjeta no está presente se convertirá en responsabilidad del paciente.

_____ **Iniciales del paciente**

Politica de tarjeta de crédito y debito impugnadas:

Despues de que se brinden nuestros servicios, si el paciente o el titular de la tarjeta impugnan los cargos y nosotros peleamos el reclamo por esos cargos impugnados y ganamos, el paciente será responsable de pagar una tarifa de \$250. Si no se paga esta tarifa de \$250, se enviara a cobranzas.

_____ **Iniciales del paciente**

Recetas de farmacia

No se rellenarán recetas a menos que la cuenta se pague en su totalidad o esté actualizada con los calendarios de pago. Todas las recetas deben ser aprobadas primero por la Dra. Anna Contomitros.

No podemos surtir recetas para el control de la natalidad durante 3 meses a menos que se haya completado un examen anual.

_____ **Iniciales del paciente**

Política de citas Perdidas

Si cancela su cita en menos de 24 horas, o no se presenta a su cita sin darnos una llamada de cortesía, se aplicara un cargo de **\$55.00** a su cuenta por la fecha de la cita perdida. Este monto debe de ser pagado antes de cualquier otro servicio en el futuro. Nos contactamos por SMS/ llamada telefónica con anticipación con un recordatorio de le hora de su visita.

Atestación del paciente: Soy consciente de las políticas y comprendo que se me cobrara por cancelaciones tardías de citas o por no asistir a mis citas.

_____ **Iniciales de Paciente**

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que he revisado el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Mujer a Mujer Ginecología. Entiendo que el "Aviso de Prácticas de Privacidad" establece mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud personal y explica cómo la Mujer a la Mujer Ginecología utiliza y divulga mi información de salud personal, tanto con y sin mi autorización. Además entiendo que muchos contactan a Mujer a Mujer Ginecología si tengo alguna pregunta con respecto al contenido de este aviso, o para presentar una queja.

_____ **Iniciales de Paciente**

Colaboración entre pacientes y proveedores de oficinas:

Deseamos ayudarle en todo momento. Mejorar, sentirnos bien y estar satisfechos requiere nuestra colaboración mutua. Por lo tanto, ¡necesitamos tu ayuda para cuidarte! No hacer un seguimiento de nuestras instrucciones para hacer pruebas, para obtener sus mamografías, biopsias, consultas, falta de presentarse a sus citas, cancelar repetidamente su cita, todo será considerado como una indicación de que nuestra colaboración en su mejor interés no está funcionando. Despediremos a los pacientes de nuestra práctica que no sean civiles para nuestro personal y que sean incompatibles con sus compromisos de salud o sus pagos a nuestra práctica.

Tenemos cero tolerancia con las obscenidades o cualquier forma de violencia verbal o física. No permitimos armas en nuestra oficina. No permitimos tomar fotos no autorizadas de nuestro personal y médico.

Nombre _____ **Fecha** _____

Firma _____ **Fecha** _____

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Liberacion de registros:

Si alguien llamara en su nombre, no podemos divulgar ninguna información sobre usted, su visita a la oficina o los resultados de sus exámenes a menos que se enumeran a continuación. Usted tiene la opción de marcar "Nadie".

Yo, _____, doy a Anna Contomitros, M.D. de A-All Women Care y Woman to Woman Gynecology, la autorización para divulgar y discutir cualquier información sobre mí y las siguientes personas.

Nadien

Nombre

Relacion

Entiendo que es mi plena responsabilidad para notificar a la oficina de cualquier cambio.

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Cuidado preventivo

La fecha de su ultimo?	Fecha	Era normal?			Si NO, explique:
Papanicolaou	_____	Si	No	N/A	_____
Mamografia	_____	Si	No	N/A	_____
Escaneo de DEXA	_____	Si	No	N/A	_____
Colonscopia	_____	Si	No	N/A	_____

Ha tenido alguno de los siguientes (marce todos los que apliquen y fechas): **Seleccionar Si Ninguno**

Vacunas de Gardasil (edades 9-26 para la prevención de cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales): _____

Vaccuna contra la gripe: _____

Vacuna de antineumococia: _____

Historial de embarazo **Seleccionar Si Ninguno**

Cuantas veces ha estado embarazada? _____

Cuantos embarazos ectopicos/ tubales? _____

Cuantos ninos tiene? _____

Cuantos abortos espontaneos? _____

Cuantos partos vaginales? _____

Cuantos abortos? _____

Cuantas cesareas? _____

Describe cualquier problema que tuvo durante los embarazos anteriores, incluya detalles: **Seleccionar Si Ninguno**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Rh Negativo | <input type="radio"/> Coagulos en los pulmones o las piernas (DVT) | <input type="radio"/> Cualquier otro problema o dificultad: _____ |
| <input type="radio"/> Sangrado severo que requirio transfusion | <input type="radio"/> Infecciones | |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Anomalias congenitas | |
| <input type="radio"/> Presión alta | | |

HISTORIA ANTICONCEPTIVA **Seleccionar Si Ninguno**

Está usando alguna anticoncepción, si es asi cual? _____

Ha utilizado cualquiera de estos?

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Las pildoras anticonceptivas (incluya nombres) | <input type="radio"/> Dispositivo Mirena/Skylla/Paragard | <input type="radio"/> Diafragma |
| <input type="radio"/> Nuvaring | <input type="radio"/> Nexplanon | <input type="radio"/> Ligadura |
| <input type="radio"/> Parche de otro- evra | <input type="radio"/> Depo-Provera shot | |

Describe cualquier problema que tuvo mientras los tomo: _____

Por favor marque si actualmente tiene o ha tenido alguna de las siguientes mientras estuvo tomando anticonceptivos hormonales:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Fumador | <input type="radio"/> Varices | <input type="radio"/> Familiar con coagulos de sangre de las piernas o pulmones |
| <input type="radio"/> Migraña | <input type="radio"/> Problemas de vesicula | |
| <input type="radio"/> Presión alta | <input type="radio"/> Coagulos sanguineos de las piernas o los pulmones | |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama | | <input type="checkbox"/> Seleccionar Si Ninguno |
| <input type="radio"/> Problemas del higado | | |

HISTORIA DE LA SALUD SEXUAL **Seleccionar Si Ninguno**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Dificultades con las relaciones sexuales. | <input type="radio"/> Incapacidad para tener orgasm. | <input type="radio"/> Sangrado con relaciones |
| <input type="radio"/> Dolor con relaciones sexual. | <input type="radio"/> Disminucion del deseo de tener relaciones. | |
| <input type="radio"/> Resequeda cuando tiene relaciones. | | |

HISTORIA DE LOS SENOS **Seleccionar Si Ninguno**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Cambios fibroquisticos | <input type="radio"/> Fibora adenomas | <input type="radio"/> Secrecion del pezón |
| <input type="radio"/> Conductos de leche bloqueados | <input type="radio"/> Papilomas intra ductales | <input type="radio"/> Biopsia |
| <input type="radio"/> Quistes | <input type="radio"/> Mastitis | <input type="radio"/> Cáncer de mama |

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA GINECOLOGICA (Por favor, marque aquellos que aplican a usted, incluya las fechas siempre que sea posible)

Seleccionar Si Ninguno

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones pélvicas :Clamidia, micoplasma, ureaplasma | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Perdida de orina con estornudos, toser o reír. |
| <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales: levadura, vaginosis bacteriana, estreptococo beta | <input type="checkbox"/> Cicatrizacion pelvica (adherencias) | <input type="checkbox"/> Necesidad de usar panales o toallas para evitar que se moje. |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou abnormal | <input type="checkbox"/> Fibormas uterinos | <input type="checkbox"/> Anomalías uterinas o vaginales útero doble, vagina doble, cuello uterino doble. |
| <input type="checkbox"/> Infeccion por VPH | <input type="checkbox"/> Quistes de ovarion | <input type="checkbox"/> Nocturia: despertarse por la noche para usar el baño más de una vez por noche. |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Tubosde Falopio bloqueado inflamados (Salpingitis) | |
| <input type="checkbox"/> Displasia | <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino | |
| <input type="checkbox"/> Molusco contagioso | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario | |
| <input type="checkbox"/> Trichomonads | <input type="checkbox"/> Cáncer de trompa de Falopio | |
| <input type="checkbox"/> Periodos pesados o dolorosos | <input type="checkbox"/> Urgencia (la sensación de orinar todo el tiempo) | |

Prolapso de oragnos pélvicos: Seleccionar Si Ninguno

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prolapso uterino | <input type="checkbox"/> Rectocele (prolapso del recto) |
| <input type="checkbox"/> Cistocele (prolapso de la vejiga) | <input type="checkbox"/> Enterocele (prolapso del intestino) |

HISTORIA DE LA SALUD HORMONAL Seleccionar Si Ninguno

Cuando fue la menopausia para usted (ano y edad)? _____

Cambios hormonales (seleccionar los que se aplican a usted):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sofocos | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Falta de deseo sexual |
| <input type="checkbox"/> Sudoros nocturnas y diurosos | <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | |
| <input type="checkbox"/> Mala salud Ósea | | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de altura | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Estado de vitamina D |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Fracturas | |

HISTORIA DE FAMILIA Seleccionar Si Ninguno

Ah tenido a algien en su familia que alguna vez tuvo alguno de los siguientes, por favor escriba la relación de la persona y la edad que fue diagnosticado.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino _____ | <input type="checkbox"/> Adicción _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro(por favor describa): _____ | |

HISTORIA SOCIAL

Por favor marque la orientacion sexual apropiada:

Heterosexual Bisexual Lesbiana

Por favor, seleccione el estado actual de la relación:

Soltera Casada Relacion monogama a largo plazo
Separada Divorciada Viuda

Por favor enumere la ocupacion actual: _____

Nivel educativo más alto(circule uno):

Escuela secundaria: _____ anos.	Colegio : _____ anos.	Maestria
Escuela secundaria graduada	Grado asociado	PhD
GED	Licenciatura	Escuela tecnica de comercio

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA GENERAL DE LA SALUD Tiene alguno de los siguientes?

Neurologicos:

- Ninguno
- Convulsion/ epilepsia
- Entumecimiento
- Otro: _____
- Migrana

Ojos:

- Ninguno
- Degeneracion macular
- Cataratas
- Otro: _____
- Glaucoma

ENT/Boca:

- Ninguno
- Otro: _____

Cardiovascular:

- Ninguno
- Derrame cerebral
- Enfermedad cardiaca
- Varices
- Coagulos sanguineos de las piernas o pulmones (Trombosis venosa profunda)
- Problemas circulatorios (describa): _____
- Otro: _____
- Presión arterial alta

Respiratorio:

- Ninguno
- Enfermeda pulmonar cronica
- Tuberculosis
- Alergias estacionales
- Otro: _____
- Asma

Genitourinarias:

- Ninguno
- Retencion de orina
- Incontinencia de orina
- Calculos renales
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de rinon
- Otro: _____
- Enfermedad renal

Psiquiatrico: Seleccionar Si Ninguno

- Adicción (por favor, proporcione informacion): _____

- Enfermedad mental (por favor, proporcione informacion.): _____

Gastrointestinal:

- Ninguno
- Enfermeda de crohns
- Gastritis
- Esofagitis
- Incontencia intestinal
- Ulceras
- GERD
- Polipos en colonos
- Cáncer de estomago
- Cáncer de intestino
- Infeccion de H. Pylori
- Infeccion por hepatitis
- Otro: _____
- Colitis ulcerosa

Musculoskeletal:

- Ninguno
- Hernia (ubicacion): _____
- Osteoporosis
- Osteopenia
- Artritis
- Otro: _____
- Fracturas

Endocrino:

- Ninguno
- Enfermeda tiroidea
- Cáncer de tiroides
- Neoplasia endocrina multiple
- Otro: _____
- Diabetes

Hematologico/ Linfatico/ Autoinmune:

- Ninguno
- Leucemia
- Hodgkin's Linfoma
- Sjogren's
- Otro: _____
- Lupus

Tegumentario (Piel):

- Ninguno
- Melanoma
- Psoriasis
- Otro: _____
- Carcinoma basocelular

- Ninguno
- Depresion
- Ansiedad

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA QUIRURGICA Por favor enumere todas las cirugias y la fecha del procedimiento bajo el sistema corporal apropiado

Neurologic (cerebro, medula espinal o sistema nervioso)

- Ninguno
- Otro _____

Eye surgery

- Ninguno
- Eliminacion de cataratas
- Otro: _____

ENT/Boca:

- Ninguno
- Amigdalectoma
- Andenoidectomia
- Tiroidectomia
- Paratiroidectomia
- Otro: _____

Cardiovascular:

- Ninguno
- Angioplastia
- Cirugia de bypass cardiaco
- Colocacion de stent
- Ablacion por radiofrecuencia (para un ritmo cardiaco anormal)
- Transplante de corazon
- Otro: _____

Respiratorio:

- Ninguno
- Toracica
- Lobectomy
- Trasplante de pulmon
- Otro: _____

Musculosqueleticos:

- Ninguno
- Reemplazo de rodilla
- Reemplazo de cadera
- Otro: _____

Seno:

- Ninguno
- Mastectomia para el cancer
- Tumorectomia
- Implantes de senos
- Otro: _____

Gastrointestinal:

- Niguno
- Colectectomia (extirpacion de la vesicular biliar)
- Apendicectomia(eliminacion del apendice)
- Cirugia pancreatica (Pancreatomia)
- Colectomomia (extirpacion de parte del colon)
- Hemorroidectomia
- Reparacion de hernia
- Otro: _____

Genitourinarias:

- Ninguno
- Histerectomia (extirpacion del utero y el cuello uterino)
- Eliminacion de ooforectomia de salpingo de ovarios/ tubos
- Cystectomy (Extirpacion del quiste ovarico)
- Miomectomia (eliminacion de fiborides)
- Laparoscopia (mirando dentro del abdomen)
- Ligadura (tubos de lazo para la anticoncepcion)
- Proplapso pelvico (reparacion de hernia vaginal)
- Malla para prolapso
- Reparacion de citocelo (Reparacion del prolapso vesical)
- Reparacion del rectocele (reparacion del recto prolapso en la vagina)
- Reparacion de enterocele
- Nefrectomia
- Litotricia
- Cistoscopia
- Otro: _____

Hematologico/Linfatico:

- Ninguno
- Reseccion de los ganglios linfaticos
- Otro: _____

Endocrino:

- Ninguno
- Cirugia tiroidea
- Otro: _____

He respondido a todas las preguntas con veracidad y no he retenido ninguna información que pueda afectar mi atención médica.

Nombre del paciente (Por favor imprima): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del medico: _____ Fecha: _____

Clínica de Salud Sexual

Historia de Salud del Cliente

Por favor complete este formulario lo mejor que le sea posible. Toda la información es confidencial

Motivo de su visita hoy			
<input type="checkbox"/> No síntomas o problemas, Solo quiero el examen <input type="checkbox"/> Me llamaron del Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Tengo una cita <input type="checkbox"/> Mi pareja o el Doctor me dijeron que viniera <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):	<input type="checkbox"/> <u>Tengo síntomas:</u> <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Flujo vaginal anormal <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Hinchazón/dolor en testículo(s) <input type="checkbox"/> Olor <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Llagas/protuberancias en los genitales <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):		
Historial Médico	Historial Familiar <small>(padres, hermanos)</small>	Si es Si, Escriba el nombre	
¿Alguna vez te ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tienes?			
<input type="checkbox"/> ¿Diabetes? (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Prediabetes o en la línea divisoria (número que indica que está al borde de desarrollar diabetes).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Ataque cardiaco? <input type="checkbox"/> ¿Angina Cardiopatía? <input type="checkbox"/> ¿Coronaria? <input type="checkbox"/> ¿Derrame Cerebral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Presión Arterial alta? <input type="checkbox"/> ¿Colesterol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> ¿Infecciones en las vías urinarias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Asma? <input type="checkbox"/> ¿Tuberculosis? <input type="checkbox"/> ¿Problemas Pulmonares?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Hepatitis? <input type="checkbox"/> ¿Problemas Hepáticas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Otro Problema de Salud Crónico?:			
¿Hospitalizaciones?			
Resultados de ETS/ITS anteriores? (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Seleccionar Si Ninguno <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> EIP			
Diagnosticado/a con VIH?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del diagnóstico: _____	
Diagnosticado/a con SIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del diagnóstico: _____	
¿Usted ha visto un doctor o proveedor de salud? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> de un año Fecha de la última visita: _____ ¿Donde?: _____ ¿Por qué razón?			
¿Ha recibido la vacuna contra la influenza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Otras vacunas?			
¿Alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lista: Haga una lista de todos los medicamentos que ha tomado para el VIH: _____ Haga una lista de todos los medicamentos recetados o de venta libre que consumió en las últimas 2 semanas . _____			
SOLO MUJERES: Fecha de la última menstruación: _____			
Fecha del último examen de Papanicolaou: _____ Embarazos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro			

HISTORIAL SOCIAL

¿Utiliza productos de tabaco cómo?: (marque cuales) Cigarros Cigarrillos Pipa Hookah
 Productos electrónicos de vapor Masca tabaco Otro:

Usted: (marque uno) Bebe alcohol Usa drogas callejeras Drogas inyectables Comparte abujas

¿Ha tenido o tiene problemas de violencia doméstica, violencia sexual o de tráfico de personas? Si No
 ¿Si respondió si, desea obtener hoy información o ayuda? Si No

HISTORIAL SEXUAL

¿Ha viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 60 días? Si No Si respondió si, a dónde?

¿En los últimos 12 meses he tenido relaciones sexuales con: (marque todo lo que corresponda)

- Mujeres Hombres Transgénero ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo? _____
 Parejas estables (personas con las que habitualmente tiene relaciones sexuales)
 Cuotas parejas estables diferentes: _____
 Parajes casuales (personas con las que no tiene relaciones sexuales muy seguido)
 Cuantas parejas casuales diferentes: _____

Mis actividades sexuales de los últimos 12 meses incluyen...

- Sexo oral Recibir Dar Nada Si lo hizo dentro de los últimos 3 meses, marque aquí
 Sexo anal Recibir Dar Nada Si lo hizo dentro de los últimos 3 meses, marque aquí
 Sexo vaginal Recibir Dar Nada Si lo hizo dentro de los últimos 3 meses, marque aquí

Uso condones para el sexo vaginal Siempre A veces Nunca N/C
 Uso condones para el sexo anal Siempre A veces Nunca N/C
 Uso Condones para el sexo oral Siempre A veces Nunca N/C

¿Intercambio de sexo por drogas, dinero o un lugar donde vivir? Si No
 ¿Tuvo relaciones sexuales estando ebrio o drogado? Si No
 ¿Alguna de sus parejas tuvo una ETS (incluyendo VIH)? Si No No está seguro

¿Alguna de las personas con las que tuvo relaciones sexuales era algo de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda) VIH positive Usa drogas IV Intercambiaba sexo por drogas o dinero **Seleccionar Si Ninguno**

SOLO MUJERES:

¿Tuve relaciones sexuales vaginales o anales con un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres?
 Si No No está seguro

FIRMA

Yo respondí todas las preguntas correctamente de acuerdo con mi conocimiento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha