

# 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**

## **Política 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

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

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	_____
Mamografía	_____	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): \_\_\_\_\_

Vacuna 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 requiero 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"/> <b>Seleccionar Si Ninguno</b>                          |
| <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 colones
- 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**

<b>Motivo de su visita hoy</b>			
<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):		
<b>Historial Médico</b>	<b>Historial Familiar</b> <small>(padres, hermanos)</small>	<b>Si es Si, Escriba el nombre</b>	
¿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"/> <b>Seleccionar Si Ninguno</b> <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 <b>últimas 2 semanas</b> . _____			
<b>SOLO MUJERES:</b> 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