

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

(Aunque a veces da pena contestar preguntas como estas, es importante que conteste en una manera honesta. Sus respuestas son confidenciales.)

**Estilo de vida**

Sí No

1. En que trabaja? \_\_\_\_\_
2.   Usa siempre un casco cuando anda en bicicleta, cinturón en carro, crema para protegerse del sol? (Circule los que usa.)
3.   Usted come en una manera saludable?
4.   Usted hace ejercicio? De que tipo? \_\_\_\_\_ con que frecuencia? \_\_\_\_\_
5.   Ha recibido todas sus vacunas? La fecha de la más reciente: \_\_\_\_\_  
 DTT (difteria, tozferina, tétanus)  Rubela  Hepatitis  Polio  Otro \_\_\_\_\_
6.   Se examina sus ceros cada mes?  siempre  a veces  nunca
7.   Ha tenido un **Mamograma**? La fecha del más reciente: \_\_\_\_\_
8.   Tiene usted relaciones sexuales ahora? De que edad empezó? \_\_\_\_\_  
 El número de parejas que usted ha tenido en los últimos 6 meses \_\_\_  hombre  mujer  los dos
9.   Usa usted condones?  siempre  a veces  nunca
10.   Ha tenido nueva pareja sexual en los últimos 6 meses?
11.   Tiene otras parejas su pareja?
12.   Usted ha sido abusada o usada en una manera sexual?
13.   Usted se ha sentido amenazada por su pareja u otras personas en su vida?
14.   Tiene alguna pregunta sobre relaciones sexuales?
15.   Tiene problemas en líquiar orina?
16.   Usa usted cigarros, tobacco, drogas de la calle o recreacionales y/o alcohol?  
 Si contestó que Sí, cuanto y con que frecuencia? \_\_\_\_\_
17.   Usted está expuesta a quimicas o situaciones peligrosas en su trabajo?  
 Si contestó que Si, explique: \_\_\_\_\_
18.   Toma usted remedios caseros o naturales? Que tipo?: \_\_\_\_\_

**Menstruación**

19.   Sus reglas vienen regularmente? La fecha de su última regla? \_\_\_\_\_  
 Su edad con su primera regla: \_\_\_\_\_ Su edad de menopausia: \_\_\_\_\_  
 Sus reglas vienen cada \_\_\_\_\_ días y duran \_\_\_\_\_ días.  
 Sangrado durante su regla es:  ligero  moderado  pesado  excesivo
20.   Son dolorosas sus reglas tanto para que usted necesite medicina o interfiera con actividades normales?
21.   Usted sangra o tiene dolor/cólico entre reglas?

**Métodos de Planificación Familiar**

22.   Usa usted algún metodo anticonceptivo? (circule los que usted usa ahora.)  
 las pastillas: marca: \_\_\_\_\_ ritmo, calendario, otro método natural  
 la inyección los parches, el anillo vaginal  
 el diafragma/capucha el aparato interuterino Que tipo? \_\_\_\_\_  
 la espuma, los supositorios/cremas la ligación  
 jalea, condones Su pareja tuvo vasectomía  
 su pareja termina afuera ninguno
23.   Ha tenido problemas con algún método?  
 Cuál método y que problema: \_\_\_\_\_
24.   Usted quiere cambiar de método? Para usar que tipo? \_\_\_\_\_

**Preguntas o Preocupaciones para hoy**

25.   Tiene usted preguntas o preocupaciones de que hablar con su doctor(a) hoy?  
 si contestó que Sí, apúntalos por favor: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

reviewed by:  
**M.D.**