

## Formulario anual de salud de la mujer

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Último período menstrual** \_\_\_\_\_ Normal Anormal Menopausia

**Sexualmente activa** (encierre una en un círculo): Sí No **Parejas** (encierre una en un círculo): Una Más de una

**Orientación sexual** (encierre una en un círculo): Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual

No sabe/Desconocido Prefiere no decir

**Sexo asignado al nacer** (encierre una en un círculo): Hombre Mujer

**Identidad de género** (encierre una en un círculo): Hombre Mujer Hombre transgénero (mujer a hombre)

Mujer transgénero (hombre a mujer) No binario (ni exclusivamente hombre ni mujer) Prefiere no decir

**Anticonceptivos** (encierre una en un círculo): Sí No

**Tipo:** \_\_\_\_\_

### Historia de enfermedades de transmisión sexual

Gonorrea	Sí	No
Clamidia	Sí	No
Herpes	Sí	No
Verrugas genitales	Sí	No
Sífilis	Sí	No
VIH	Sí	No

### Historia de condiciones médicas anteriores:

Endometriosis	Sí	No
Fibroma	Sí	No
Quiste ovárico	Sí	No
Infertilidad	Sí	No

**¿Ha estado embarazada alguna vez?** (encierre una en un círculo) Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos?: \_\_\_\_\_

**Último examen de Papanicolau:** \_\_\_\_\_ Normal Anormal

Si la respuesta es anormal, ¿qué otras pruebas o exámenes ha tenido?: \_\_\_\_\_

**Última mamografía:** \_\_\_\_\_ Normal Anormal

**Consumo de tabaco** (encierre una en un círculo): Sí No

**Consumo de alcohol** (encierre una en un círculo): Sí No Si la respuesta es sí (encierre una en un círculo): Rara vez A diario

**Si tiene más de 50, ¿ha hecho colonoscopia?** Sí No Si la respuesta es sí, fecha: \_\_\_\_\_

### Historia de vacunas

Tétanos en los últimos 10 años Sí No

Vacuna de la neumonía Sí No

Vacuna de la gripe el último año Sí No

**¿Está en ayuno para los exámenes de sangre de hoy?** (encierre una en un círculo) Sí No