



**Sexual**

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_ Cuando era joven ¿puso alguien algo en su vagina alguna vez? \_\_\_No \_\_\_Sí

¿Tiene algún dolor, incomodidad o sangrado durante o después de su relación sexual? \_\_\_No \_\_\_Sí Si es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratada recientemente por infección vaginal? \_\_\_No \_\_\_Sí Si es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene síntomas de infección vaginal, tales como comezón, ardor, olor o flujo inusual? \_\_\_No \_\_\_Sí (lístelo) \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratada por una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) durante el último año? \_\_\_No \_\_\_Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratada por una infección pélvica inflamatoria en el último año? \_\_\_No \_\_\_Sí Si es sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual durante el último año? \_\_\_No \_\_\_Sí ¿Cuántas parejas en toda su vida? \_\_\_\_\_

¿Eran o son sus parejas sexuales:  hombres  mujeres  ambos  usuarios de drogas intravenosas  pareja con múltiples parejas o con riesgo de VIH/ETS?

¿Qué tipo de relación sexual ha tenido?  Oral  Anal  Vaginal  Ninguno

¿Ha sido abusada físicamente alguna vez (golpeada, pateada, abofeteada)? \_\_\_No \_\_\_Sí

¿Ha sido emocionalmente abusada alguna vez (amenazada, menospreciada)? \_\_\_No \_\_\_Sí

¿La ha forzado alguna vez alguien incluyendo su pareja o algún pariente a tener sexo? \_\_\_No \_\_\_Sí

¿Qué hace para protegerse de ser infectada con VIH o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)? \_\_\_\_\_

**Anticonceptivos**

Marque todos los métodos anticonceptivos que ha utilizado:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abstinencia (no tener sexo) | <input type="checkbox"/> Píldora                        | <input type="checkbox"/> Esterilización | <input type="checkbox"/> Espuma, supositorio, gel, película |
| <input type="checkbox"/> Retiro                      | <input type="checkbox"/> Condón                         | <input type="checkbox"/> Diafragma      | <input type="checkbox"/> Depo Provera                       |
| <input type="checkbox"/> Nexplanon                   | <input type="checkbox"/> DIU                            | <input type="checkbox"/> Esponja        | <input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo              |
| <input type="checkbox"/> Anillo vaginal              | <input type="checkbox"/> Planificación Familiar Natural |   | Otro _____  |

¿Cuál es el método anticonceptivo que ha utilizado más recientemente? \_\_\_\_\_

¿Está usando este método ahora? \_\_\_No Si es no, ¿cuándo dejó de usarlo? \_\_\_\_\_ Si Si es sí, ¿Por cuánto tiempo lo ha usado? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas con algún método anticonceptivo utilizado? \_\_\_No \_\_\_Si es sí, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente y Fecha Actualizada

\_\_\_\_\_  
Reviewed by staff:

\_\_\_\_\_  
Reviewed by staff:

**For office use only**

INTERPRETER'S STATEMENT: If an interpreter is provided to assist the individual during the exam or in choosing her birth control method: I have translated the information and advice presented orally to the individual. If written material in her language is not available, I have read her the consent form and explained its contents to her. To the best of my knowledge and belief, she understood this explanation.

\_\_\_\_\_  
(Interpreter)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Interpreter)

\_\_\_\_\_  
(Date)



iniciales del paciente : Me ofrecieron / información escrita recibida con respecto a mi método anticonceptivo de elección y estaba asesorado sobre los riesgos / beneficios, métodos alternativos, efectos secundarios, y saber ponerse en contacto con la oficina con preguntas.

**Counseling:**

										Adolescents						
Health Promotion	Tobacco cessation	Drug/alcohol use	STD/HIV risk reduction	Overview/review of methods	Reproductive life plan	SBE	Immunizations	Nutrition/Folic Acid	Abstinence	Sexual coercion	Family participation	Report of abuse/neglect			Reviewed by:	
Date:																
Date:																
Date:																
Date:																