FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH
LEE COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Part 1 Women's Health History

Label

Date / Fecha:_____

Occupation/Ocupación: _____
Highest grade level completed/Años de escuela completados):__
_____
Regularly used medications (prescription and over the counter) / Medicinas que usa a menudo (con o sin receta): _____
_____
_____

Drug allergies/Alergias y reacciones a medicinas
_____
Birth control method / Metodo de planificación familiar
_____

Part 2 Patient History

Have you ever had?

YES	NO		YES	NO	
❑	❑	Heart disease/Stroke	❑	❑	Seizures
			❑	❑	Cancer
❑	❑	Severe headaches	❑	❑	Blood clot in leg or lungs
❑	❑	High blood pressure			
❑	❑	Liver disease			
❑	❑	Rubella (measles)	❑	❑	Gallbladder disease
❑	❑	Diabetes			
❑	❑	Thyroid disease	❑	❑	Rheumatic fever
❑	❑	Pelvic infection	❑	❑	Had surgery
❑	❑	Sexually transmitted disease	❑	❑	Been hospitalized
❑	❑	Lung Disease			

Obstetrical History:
Number of pregnancies_____
Number of live births_____
Number of miscarriages _____ abortions_____
Any problems of pregnancy, labor or delivery?_____
Are you currently breastfeeding? ❑Yes ❑No

Gynecological History:
Age at 1st period_____
First day of last normal period_____

YES	NO	
❑	❑	Do you have menstrual cramps?
❑	❑	Bleeding between periods?
❑	❑	Do you have regular monthly periods?
❑	❑	Have you ever had an abnormal pap smear? Date of your last pap smear_____
❑	❑	Do you examine your breasts monthly?
❑	❑	Did your mother take DES when she was pregnant with you?
❑	❑	Have you had a recent mammogram?

Immunization Status:
Tetanus shot:_____

Do you use, or have you used any of the following?

YES	NO			
❑	❑	Alcohol?	How long?_____	Amount_____
❑	❑	Tobacco?	How long?_____	Amount_____
❑	❑	Street drugs?	Type?_____	Amount_____
❑	❑	Exposure to cancer causing agents.		

Parte 2 Historia Médica de la paciente

¿Ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades?

SÍ	NO		SÍ	NO	
❑	❑	Enfermedades del corazón/ derrame cerebral	❑	❑	Convulsiones
			❑	❑	Cáncer
❑	❑	Dolor de cabeza severo	❑	❑	Coágulo de sangre en los pulmones o en las piernas
❑	❑	Presión alta			
❑	❑	Enfermedades del hígado			
❑	❑	Rubéola (sarampión)	❑	❑	Enfermedades de la vesícula
❑	❑	Diabetes			
❑	❑	Problemas de tiroides	❑	❑	Fiebre reumática
❑	❑	Infección pélvica	❑	❑	¿Ha sido operada?
❑	❑	Enfermedades transmitidas sexualmente	❑	❑	¿Ha sido hospitalizada?
❑	❑	Problema pulmonar			

Historia Obstétrica:
Número de embarazos_____
Número de niños que nacieron vivos_____
Número de mal partos _____ de abortos_____
¿Tuvo problemas con los embarazos, o con los partos?_____
¿Está usted dando pecho? ❑Sí ❑No

Historia Ginecológica:
Edad en que tuvo su primera menstruación: _____
Primer día de su última menstruación normal:_____

SÍ	NO	
❑	❑	¿Sufre de cólicos menstrual?
❑	❑	¿Sangra aparte de los días de la menstruación?
❑	❑	Tiene menstruación regular.
❑	❑	¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Fecha de la última prueba de Papanicolaou_____
❑	❑	¿Se examina sus senos mensualmente?
❑	❑	Tomó su madre la medicina DES cuando estaba embarazada con usted?
❑	❑	¿Ha tenido una mamografia recientemente?

Historia de vacunas:
Vacuna contra el tétano:_____

¿Ha usado antes o usa ahora lo siguiente?

SÍ	NO			
❑	❑	¿Alcohol?	¿Cuánto tiempo?_____	Cantidad_____
❑	❑	¿Tabaco?	¿Cuánto tiempo?_____	Cantidad_____
❑	❑	¿Drogas?	¿Que clase?_____	Cantidad_____
❑	❑	¿Expuesta a algo que cause cancer?		

Interpretation or discussion will be done in a private setting / Interpretación y discusion del formulario sera hecho privadamente

Part 3 Patient Symptoms Review

Please check any conditions that you have, or have had in the past six months:

YES	NO	
		GENERAL
❑	❑	Weight changes
❑	❑	Redness or swelling in legs
❑	❑	Acne
		EYES
❑	❑	Change in vision
		HEART
❑	❑	Irregular or fast beats
❑	❑	Chest pain
		BREAST/CHEST
❑	❑	Lump
❑	❑	Discharge
		ABDOMEN
❑	❑	Abdominal pain
		SKIN
❑	❑	Abnormal change in color
		NERVOUS SYSTEM
❑	❑	Headaches
❑	❑	Blurred vision
❑	❑	Depression
		URINARY/GENITALS
❑	❑	Pain, burning, or more frequent urination
❑	❑	Slow starting or stopping of urinating
❑	❑	Dribbling of urine
❑	❑	Bloody or dark urine
❑	❑	Discharge, sores or itching of vagina

Parte 3 Síntomas de la paciente

Por favor indique cualquiera de las siguientes condiciones que Ud. tenga o haya tenido en los últimos seis meses:

SÍ	NO	
		GENERAL
❑	❑	Cambios de peso
❑	❑	Piernas rojas o hinchadas
❑	❑	Acné
		OJOS
❑	❑	Cambios en la visión
		CORAZÓN
❑	❑	Latido rápido o irregular
❑	❑	Dolor en el pecho
		SENOS
❑	❑	Abultamientos
❑	❑	Secreción
		ABDOMEN
❑	❑	Dolor abdominal
		PIEL
❑	❑	¿Ha tenido cambios anormales de color en la piel?
		SISTEMA NERVIOSO
❑	❑	Dolores de Cabeza
❑	❑	Visión nublada
❑	❑	Depresión
		SISTEMA URINARIO Y GENITAL
❑	❑	¿Dolor, quemazón o más frecuencia para orinar?
❑	❑	¿Le es difícil empezar o parar al orinar?
❑	❑	¿Tiene goteo de orina?
❑	❑	¿Orina oscuro o con sangre?
❑	❑	¿Tiene secreción, llagas o picazón en la vagina?

Part 4 Family Medical History

Have these health problems occurred in your family: ONLY include natural parents, brothers, sisters, grandparents.

YES	NO		COMMENTS: WHO?
❑	❑	Birth defect	_____
❑	❑	Bleeding disorders	_____
❑	❑	Cancer	_____
❑	❑	Diabetes	_____
❑	❑	Drug/Alcohol abuse	_____
❑	❑	Heart disease/Heart attacks	_____
❑	❑	High blood pressure	_____
❑	❑	Mental illness/Depression _____	
❑	❑	Sickle cell anemia/Thalassemia	_____
❑	❑	Stroke	_____
❑	❑	Tuberculosis	_____
❑	❑	Other_____	_____

Parte 4 Historia Médica de su familia

¿Han ocurrido estos problemas de salud en su familia? Incluya sus padres, hermanos y abuelos.

SÍ	NO		INDIQUE QUIÉN Y QUÉ ENFERMEDAD
❑	❑	Defectos congénitos	_____
❑	❑	Hemorragias	_____
❑	❑	Cáncer	_____
❑	❑	Diabetes	_____
❑	❑	Abuso de drogas o alcohol	_____
❑	❑	Enfermedades del corazón o infartos	_____
❑	❑	Presión arterial alta	_____
❑	❑	Enfermedad mental o depresión	_____
❑	❑	Anemia de célula falciforme/Talasemia	_____
❑	❑	Derrame cerebral	_____
❑	❑	Tuberculosis	_____
❑	❑	Otras _____	_____

Interpretation or discussion will be done in a private setting / Interpretación y discusion del formulario sera hecho privadamente

Label

Part 5 Sexual History

Age at first intercourse?_____
How many partners in past 5 years?_____
How many partners past year?_____
When did you have sex last?_____ _____ _____

YES	NO	
❑	❑	Sex without a birth control method since last period?
❑	❑	Sexually active after 1977
❑	❑	Sex with male
❑	❑	Sex with female
❑	❑	Used injecting drugs
❑	❑	Sex while using non injection drugs
❑	❑	Sex for drugs or money
❑	❑	Victim of sexual assault
❑	❑	Sex with injecting drug user
❑	❑	Sex with man who had sex with a man
❑	❑	Sex with a person with HIV/AIDS
❑	❑	Sex with person with other HIV/AIDS risk
❑	❑	Did you have a blood transfusion since 1977?
❑	❑	Are you interested in HIV antibody testing?
❑	❑	Violence or abuse in the family?
❑	❑	Have you ever been a victim of family violence/abuse?

_____ _____
Nurse's signature & title Date Initial/Update

_____ _____
Nurse's signature & title Date Update

_____ _____
Nurse's signature & title Date Update

Parte 5 Historia Sexual

¿A que edad tuvo su primer encuentro sexual?_____
¿Cuantas parejas ha tenido en los ultimos 5 años?_____
¿Cuantas parejas ha tenido en el ultimo año?_____
¿Cuando fué su última relación sexual?_____ _____ _____

SÍ	NO	
❑	❑	¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos desde su última menstruación?
❑	❑	¿Ha estado sexualmente activo despues del 1977?
❑	❑	¿Sexo con un hombre?
❑	❑	¿Sexo con una mujer?
❑	❑	¿Ha usado drogas inyectadas?
❑	❑	¿Ha tenido sexo mientras usaba drogas que no se inyectan?
❑	❑	¿Ha tenido sexo por drogas o por dinero?
❑	❑	¿Ha sido victima de asalto sexual?
❑	❑	¿Tuvo sexo con alguien que se inyectaba drogas?
❑	❑	¿Tuvo sexo con un hombre que tuvo relaciones sexuales con otro hombre?
❑	❑	¿Tuvo sexo con una persona que tenia el VIH o SIDA?
❑	❑	¿Tuvo sexo con una persona que tenia riesgos al VIH o SIDA?
❑	❑	¿Ha tenido una transfusión de sangre desde 1977?
❑	❑	¿Tiene interés en un análisis de VIH o SIDA?
❑	❑	¿ Hubo o hay violencia/abuso en la familia?
❑	❑	¿ Ha sido alguna vez victima de violencia/abuso en su familia?

_____ _____
Firma del enfermero y título Fecha

_____ _____
Firma del enfermero y título Fecha

_____ _____
Firma del enfermero y título Fecha

Interpretation or discussion will be done in a private setting / Interpretación y discusion del formulario sera hecho privadamente

Progress Notes (history only):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____