



- |   |  |              |
|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Longview Clinic                | 1057 12 <sup>th</sup> Ave., Longview, WA 98632   | 360-636-3892 |
| <input type="checkbox"/> 14 <sup>th</sup> Avenue Clinic | 784 14 <sup>th</sup> Ave., Longview, WA 98632    | 360-703-6400 |
| <input type="checkbox"/> Kelso Clinic                   | 300 Oak St., Ste. B, Kelso, WA 98626             | 360-353-5511 |
| <input type="checkbox"/> Castle Rock Clinic             | 139 1st Ave SW, Castle Rock, WA 98611            | 360-274-2353 |
| <input type="checkbox"/> Woodland Clinic                | 1251 Lewis River Rd., Ste. D, Woodland, WA 98674 | 360-225-4310 |
| <input type="checkbox"/> Wahkiakum Clinic               | 335 Una Ave., Cathlamet, WA 98612                | 360-795-3201 |
| <input type="checkbox"/> North Beach Clinic             | 21610 Pacific Hwy., Ocean Park, WA 98640         | 360-665-3000 |

## FEMALE FAMILY PLANNING HEALTH HISTORY

### Historia Medica de Planeación Familiar Femenina

<b>Name/Nombre:</b>		<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento:</b>			
<b>What is the main reason for your visit today? ¿Cuál es la razón principal de su visita el día del hoy?</b>					
<b>Are you allergic to any medicines, shellfish, or copper? If yes, which ones and describe your reaction. ¿Es usted alérgica a algunas medicinas, mariscos o al cobre? Si marco sí, a cuales y describa su reacción:</b>		<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si		<input type="checkbox"/> <b>No</b> No	
<b>Do you take (or are you supposed to take) medicines, natural remedies, aspirin, or other drugs every day? List them. ¿Toma usted (o se supone que debe tomar) medicinas, remedios naturales, aspirina u otros medicamentos diariamente? Anótelos.</b>		<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si		<input type="checkbox"/> <b>No</b> No	
<b>Do you have, or have you had / Tiene o alguna vez ha tenido.</b>					
	<b>Yes</b> Si	<b>No</b> No		<b>Yes</b> Si	<b>No</b> No
<b>Diabetes / Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problems with your kidneys or bladder / Problemas con los riñones o la vejiga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Seizures / Convulsiones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bone disease or weak bones / Enfermedad o debilidad de huesos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heart attacks or strokes / Ataques cardiacos o derrames cerebrales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cancer / Cáncer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>High blood pressure / Presión sanguínea alta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pelvic infection treated in the hospital / Infección pélvica tratada en un hospital</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depression / Depresión</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Uterine fibroids or ovarian cysts / Fibromas uterinos o quistes en los ovarios</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Migraines or bad headaches / Migrañas o dolores de cabeza fuertes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Eczema or bad skin rashes / Eczema o sarpullidos fuertes de la piel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blood Clot in your blood vessels like the leg or lung / Coágulos de sangre en sus vasos sanguíneos como en la pierna o el pulmón</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ectopic or tubal pregnancy / Embarazos ectópicos o en las trompas de Falopio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blood transfusions or IV drug use / Transfusiones de sangre o uso de drogas intravenosas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Any other serious medical condition, surgery, or hospitalization / Alguna otra enfermedad seria, cirugía u hospitalización</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Has anyone in your IMMEDIATE family (mother, father, sister, brother, daughter, son, or if your parents are younger than 50 give information about other relatives) had any of the following? Alguien de su familia CERCANA (madre, padre, hermana, hermano, hija, hijo o si sus padres tienen menos de 50 años dé información acerca de otros familiares) ¿ha tenido algo de lo siguiente?</b>					
	<b>Yes</b> Si	<b>No</b> No	<b>Who and what age? ¿Quién y a qué edad?</b>	<b>Do not write here No escriba aquí</b>	
<b>Diabetes / Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Heart attacks / Ataques cardiacos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Cancer / Cáncer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Stroke / Derrame cerebral</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Blood Clot in your blood vessels like the leg or lung / Coágulo de sangre en sus vasos sanguíneos como en la pierna o el pulmón</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Do you use tobacco? ¿Usa usted tabaco?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> / Si <input type="checkbox"/> <b>No</b> / No		<b>How much do you use? ¿Qué cantidad consume?</b>	<b>How many years? ¿Cuántos años?</b>	
<b>Do you drink alcohol? ¿Toma bebidas alcohólicas?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> / Si <input type="checkbox"/> <b>No</b> / No		<b>How often? ¿Con qué frecuencia?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Daily</b> / Diario	<input type="checkbox"/> <b>Weekly</b> / Semanal <input type="checkbox"/> <b>Monthly</b> / Mensual

<b>How many alcoholic drinks do you have at one time?</b> ¿Cuántas bebidas alcohólicas se toma a la vez?		<input type="checkbox"/> <b>0 Drinks</b> 0 Bebidas	<input type="checkbox"/> <b>1-3 Drinks</b> 1 a 3 Bebidas	<input type="checkbox"/> <b>3-4 Drinks</b> 3 a 4 Bebidas	<input type="checkbox"/> <b>5+ Drinks</b> 5 o más Bebidas
<b>Do you use other drugs?</b> (examples: marijuana, cocaine or IV drugs) ¿Usa usted otras drogas? (ejemplos: marihuana, cocaína o drogas intravenosas)		<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si	<input type="checkbox"/> <b>No</b> No	<b>What do you use?</b> ¿Qué es lo que usa?	
		<b>How often?</b> ¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> <b>Daily</b> Diario	<input type="checkbox"/> <b>Weekly</b> Semanal
				<input type="checkbox"/> <b>Monthly</b> Mensual	
<b>Do you feel safe from violence in your personal relationships?</b> ¿Se siente usted segura y libre de violencia en sus relaciones personales?				<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si	<input type="checkbox"/> <b>No</b> No
<b>Have you ever had a sexually transmitted disease or genital infection?</b> ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente o alguna infección genital?				<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si	<input type="checkbox"/> <b>No</b> No
<b>What diseases or infections may you have had?</b> ¿Cuáles enfermedades o infecciones pudo haber tenido?					
<input type="checkbox"/> <b>Chlamydia</b> Clamidia	<input type="checkbox"/> <b>Gonorrhea</b> Gonorrea	<input type="checkbox"/> <b>Herpes</b> Herpes	<input type="checkbox"/> <b>Genital Warts</b> Verrugas Genitales		
<input type="checkbox"/> <b>Pelvic Inflammatory Disease</b> Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/> <b>Syphilis</b> Sífilis	<input type="checkbox"/> <b>HIV</b> VIH	<input type="checkbox"/> <b>Bacterial Vaginosis</b> Vaginosis Bacteriana		
<input type="checkbox"/> <b>Trichomoniasis</b> Tricomoniasis	<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis B or C</b> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> <b>Yeast Infection</b> Infección causada por hongo	<input type="checkbox"/> <b>Other:</b> Otra		
<b>How many different sexual partners have you had in the last 12 months?</b> ¿Cuántas parejas sexuales diferentes ha tenido en los últimos 12 meses? _____					
<b>Were your partners (check all that apply) / Fueron sus parejas (Marque las que correspondan):</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Men</b> Hombres	<input type="checkbox"/> <b>Women</b> Mujeres	<input type="checkbox"/> <b>Both</b> Ambos	<input type="checkbox"/> <b>IV Drug Users</b> Adictos a drogas inyectadas		
<input type="checkbox"/> <b>Bisexual</b> Bisexuales	<input type="checkbox"/> <b>A partner with multiple sex partners or at risk for HIV or a sexually transmitted infection</b> Una pareja con parejas sexuales múltiples o a riesgo del VIH o a infecciones de transmisión sexual				
<b>How long have you been with your current sexual partner?</b> ¿Cuánto tiempo tiene con su pareja sexual actual? _____					
<b>What type of sex have you had in the past two months (check all that apply) / ¿Qué tipo de sexo ha tenido en los últimos dos meses? (Marque los que correspondan)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Vaginal</b> Vaginal	<input type="checkbox"/> <b>Oral</b> Oral	<input type="checkbox"/> <b>Anal</b> Anal	<input type="checkbox"/> <b>Other:</b> Otros	<input type="checkbox"/> <b>No Sex</b> Nada de sexo	
<b>Do you have symptoms of a genital infection?</b> ¿Tiene usted síntomas de una infección genital?				<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Si	<input type="checkbox"/> <b>No</b> No
<b>Check all symptoms that apply / (Marque todos los síntomas que correspondan)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Discharge</b> Desecho vaginal	<input type="checkbox"/> <b>Odor</b> Olor	<input type="checkbox"/> <b>Itch</b> Comezón (picazón)	<input type="checkbox"/> <b>Rash</b> Sarpullido		
<input type="checkbox"/> <b>Bumps</b> Bultos	<input type="checkbox"/> <b>Sores</b> Llagas	<input type="checkbox"/> <b>Pain with sex</b> Dolor al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> <b>Bleeding after sex</b> Sangrado después de tener relaciones sexuales		
<input type="checkbox"/> <b>Burning</b> Ardor (quemazón)	<input type="checkbox"/> <b>Stool or anal problems</b> Molestias anales o con el excremento	<input type="checkbox"/> <b>Pain with urination</b> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> <b>Urgent or frequent urination</b> Orinar con frecuencia o urgencia		

<b>Have you used a Birth control method before?</b> <i>¿Ha usado algún método anticonceptivo antes?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>			
<b>Check all methods that apply and the number of years you used that method.</b> <i>I Marque todos los métodos que ha usado y los años que utilizo cada uno.</i>			
<input type="checkbox"/> <b>Pills</b> <i>Pastillas</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Condoms</b> <i>Condomes</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Diaphragm/Cervical Cap</b> <i>Diafragma/capuchón cervical</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Implant</b> <i>Implantes</i> _____
<input type="checkbox"/> <b>IUD</b> <i>Dispositivo</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Shot/Depo</b> <i>Inyección/Depo</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Vasectomy/Tubal</b> <i>Vasectomía/ligadura trompas</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Abstinence</b> <i>Abstinencia</i> _____
<input type="checkbox"/> <b>Withdrawal</b> <i>Eyacular fuera</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Spermicides</b> <i>Espemicidas</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Natural Family Planning/Rhythm</b> <i>Planificación familiar Natural/Método del Ritmo</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Other:</b> <i>Otro</i> _____
<input type="checkbox"/> <b>Patch/Ring</b> <i>Parche/Anillo</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>Emergency Contraceptive Pills</b> <i>Pastillas anticonceptivas de emergencia</i> _____		
<b>What method do you use now?</b> <i>¿Qué método utiliza ahora?</i>	<b>Have you used Birth Control pills for longer than 5 years? (this can prevent cancer of the ovaries and uterus)</b> <i>¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas por más de 5 años? (esto puede prevenir el cáncer de los ovarios y de la matriz)</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>		
<b>List any problems with your current methods.</b> <i>¿Problemas con sus métodos actuales?</i>	<b>Are you up to date with your immunizations like Rubella or Hepatitis?</b> <i>¿Están sus vacunas actualizadas como las de la Rubeola o Hepatitis?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>		
<b>How old were you when you had your first period?</b> <i>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera regla menstrual?</i>	<b>Age</b> _____ <i>Edad</i>	<b>What was the first day of your <u>last</u> period?</b> <i>¿Cuál fue el primer día de su <u>última</u> regla menstrual?</i>	<b>Date</b> <i>Fecha</i>
<b>How many days do your periods last?</b> <i>¿Cuántos días le duran sus reglas?</i>	<b>Days</b> _____ <i>Días</i>	<b>Do you bleed between periods?</b> <i>¿Sangra entre reglas?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>	
<b>How many days from the start of one period to the start of the next period?</b> <i>¿Cuántos días desde el principio de una regla hasta el comienzo de la siguiente regla?</i>	<b>Days</b> _____ <i>Días</i>	<b>When was the last time you had sex with a male without birth control?</b> <i>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre sin usar ningún método anticonceptivo?</i>	<b>Date</b> <i>Fecha</i>
<b>Do you think that you could be pregnant today?</b> <i>¿Piensa que podría estar embarazada ahora?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>		<b>Will this be your first pelvic exam today?</b> <i>¿Va a ser este su primer examen pélvico el día de hoy?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>	
<b>Do you ever douche or use genital deodorant sprays, powders or wipes?</b> <i>¿Usa duchas (lavados) vaginales, desodorantes vaginales en aerosol, talcos o paños?</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>		<b>If applicable, what was the date of your last Pap test?</b> <i>¿Si corresponde cuál fue la fecha de su último examen de Papanicolaou?</i>	
<b>Have your Pap tests been normal (if applicable)?</b> <i>¿Han sido sus pruebas del Papanicolaou siempre normales?(Marque si corresponde)</i> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si No</i>		<b>If you have had an abnormal Pap test, when, where, and what was done.</b> <i>Si alguna vez tuvo una prueba anormal del Papanicolaou, diga cuándo y en donde fue y que se hizo al respecto.</i>	

<b>Have you ever been pregnant?</b> <i>¿Ha estado usted embarazada alguna vez?</i>			<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>No</i>
_____ <b># of pregnancies</b> <i>Número de embarazos</i>	_____ <b># of deliveries</b> <i>Número de partos</i>	_____ <b># of ectopic pregnancies</b> <i>Número de embarazos ectópicos</i>		
_____ <b># of living children</b> <i>Número de hijos vivos</i>	_____ <b># of abortions</b> <i>Número de abortos inducidos</i>	_____ <b># of miscarriages</b> <i>Número de abortos espontáneos</i>		
<b>If you have been pregnant before, when did your last pregnancy end?</b> <i>Si usted ha estado embarazada anteriormente, ¿cuándo termino su último embarazo?</i>				
<b>When you were pregnant, did you get diabetes (if applicable)?</b> <i>¿Le dio diabetes cuándo estuvo embarazada? (Marque si corresponde)</i>			<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>No</i>
<b>Have any of your babies been 10 pounds or more at birth (if applicable)?</b> <i>¿Peso alguno de sus bebés 10 libras o más al nacer? (Marque si corresponde)</i>			<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>No</i>

**Our services are confidential; however, if you are under the age of 18 and share with us a history of sexual abuse or rape, we are required by law to report this to Child Protective Services. If you have questions about these laws, please ask.**

*Nuestros servicios son confidenciales, sin embargo, si usted es menor de 18 años de edad y comparte con nosotros antecedentes de abuso sexual o violación, nosotros estamos obligados por ley a reportar esto a los Servicios de Protección Infantil. Si usted tiene preguntas acerca de estas leyes por favor pregunte.*

**CLINIC USE ONLY**  
*(Únicamente para el uso del personal)*

<b>Notes:</b>		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;"><b>Reviewed by:</b></td> <td style="width: 40%; border: none;"><b>Date:</b></td> </tr> </table>	<b>Reviewed by:</b>	<b>Date:</b>
<b>Reviewed by:</b>	<b>Date:</b>	