

# ANNUAL EXAM INTAKE FORM

LABEL

NAME:

DOB:

DATE:

Please fill out the following form. This information will help your provider understand your health history. Answer the questions you are comfortable with. If you have any questions or concerns, please speak with your provider.

## PERSONAL MEDICAL HISTORY

Do you currently have any of these problems?

	YES	NO
Abdominal Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bladder/Kidney problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast lump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer What Type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FAMILY MEDICAL HISTORY

Does a close relative has a history of any of the following?

	YES	NO
Breast Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other Cancer:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had surgery? What type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Problems Please specify:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetic Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GYNECOLOGY

Indicate if you have a history of any of the following:

What is your method of contraception? If hormonal birth control, which one?		
When was your last pap smear?		
Abnormal pap smears When?	YES	NO
Did it require biopsy or surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexually Transmitted Disease Explain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvic Inflammatory Disease When?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
When was your last mammogram? Month: Year:		

## MENSTRUAL

First day of last menstrual period:	
Age of first menstrual period:	
Regular cycles:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menopausal
Total flow:	<input type="checkbox"/> Light <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Heavy
How many days does your period last?	
Do you pass blood clots?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pain/cramps?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Severe

NAME:

DOB:

DATE:

### SEXUAL HISTORY

<b>Last Sexual Encounter:</b>
Type of sex: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal
Sexual preference: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Both
Number of current sexual partners:
Number of sexual partners in last 2 months:
Have you ever been forced to have sex or do things you are not comfortable with? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

### SOCIAL HISTORY

	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Are you a victim of domestic violence? Or abuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel safe at home?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobacco use? <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Formerly		
Tobacco type:		
How much alcohol do you drink? <input type="checkbox"/> None    _____ drinks/week		
Drug use? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Formerly		

### OBSTETRICAL

<b>Total number of pregnancies:</b>
<b>Total number of live births:</b>
<b>Date of last live birth:</b>
Delivery type: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarean Section <input type="checkbox"/> Premature <37 weeks <input type="checkbox"/> Full term >37 weeks
Any cesarean sections? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
How many?
Are you planning to get pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Next six months <input type="checkbox"/> More than a year
<b>Total number of miscarriages:</b>
<b>Total number of abortions:</b>
Any pregnancy complications? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Please explain:

### SURGICAL HISTORY

<b>List date and surgery type below:</b>

# FORMULARIO DE ADMISIÓN DE EXAMEN ANUAL

LABEL

NOMBRE:

FEC. NAC.:

FECHA:

Por favor, llene el formulario siguiente. Esta información ayudará a su proveedor médico a comprender su historial médico. Responda las preguntas con las que se sienta cómodo. Si tiene alguna pregunta o preocupación, puede hablar con su proveedor médico.

## HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Presenta actualmente alguno de estos problemas?		
	SÍ	NO
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de riñón/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor/masa en el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tipo?		
Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión/presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Algún familiar cercano ha sufrido alguno de estos?		
	SÍ	NO
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de cáncer:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tipo?		
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se conocen, especifique:		
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GINECOLOGÍA

Indique si tiene antecedentes de alguno de los siguientes:																												
¿Qué usa para prevenir el embarazo?																												
Si usa anticoncepción hormonal, ¿de qué tipo?																												
¿Cuándo se hizo su última papanicolaou?																												
Mes:	Año:																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ha tenido un pap irregular o mal?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Cuándo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si requirió biopsia/cirugía?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ha tenido infección de transmisión sexual?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Explique:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de pelvis o matriz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Cuándo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Cuándo se hizo su último mamografía?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SÍ	NO	Ha tenido un pap irregular o mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?			Si requirió biopsia/cirugía?			Ha tenido infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique:			Enfermedad de pelvis o matriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?			¿Cuándo se hizo su último mamografía?		
	SÍ	NO																										
Ha tenido un pap irregular o mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
¿Cuándo?																												
Si requirió biopsia/cirugía?																												
Ha tenido infección de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Explique:																												
Enfermedad de pelvis o matriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
¿Cuándo?																												
¿Cuándo se hizo su último mamografía?																												

## MENSTRUACIÓN

Primer día del último período menstrual:
A los cuantos años le bajo su período menstrual:
Ciclo regular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menopausia
Flujo total: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Intenso
¿Cuántos días sangra durante cada período?
¿Coágulos de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dolor menstrual? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Severo

NOMBRE:

FEC. NAC.:

FECHA:

### RELACIONES SEXUALES

<b>Último encuentro sexual:</b>
<b>Tipo de sexo:</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal
<b>Preferencia sexual:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Ambos
<b>Número de parejas sexuales actualmente:</b>
<b>Número de parejas sexuales en los últimos 2 meses:</b>
<b>¿Alguna vez le han forzado a tener sexo o hacer cosas que no le gustan?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### HISTORIAL SOCIAL

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>¿Sufre violencia doméstica o abuse domestico?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Se siente seguro en su casa?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Usa tabaco?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca		
<b>Tipo de tabaco:</b>		
<b>¿Cuánto alcohol bebe ?</b> <input type="checkbox"/> Ningun _____ bebidas/semana		
<b>¿Usa drogas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes		

### HISTORIAL DE CIRUGÍAS

<b>Detalle fecha y tipo de cirugía a continuación:</b>

### OBSTETRICIA

<b>Número total de embarazos:</b>
<b>Número total de nacimientos vivos:</b>
<b>Cuando nacio su ultimo bebe?</b>
<b>Tipo de parto:</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Prematuro < 37 sem. <input type="checkbox"/> A término > 37 sem.
<b>¿Alguna cesárea?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cuántas?</b>
<b>¿Desea quedar embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Próximos 6 meses <input type="checkbox"/> Más de un año
<b>Número de abortos naturales:</b>
<b>Número de abortos inducidos:</b>
<b>¿Complicaciones de embarazo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Por favor, explique:</b>