DOCUMENTO DEL EXAMEN
North Dakota Departamento de Salud
División de Salud Familiar Programa de Planificación Familiar
SFN 8620 (8-2013)

Sí	No		Comentarios del Clínico
		1. ¿Tiene usted alguna alergia (Alimentos, medicamentos, o látex)?	
		2. ¿Está tomando actualmente algún tipo de medicamento (recetado o de venta libre)?	
		3. ¿Está tomando actualmente algún tipo de hierbas, píldoras o pastillas de dieta/ suplementos o vitaminas?	
		4. ¿Ha tenido cirugía, o ha ido a la sala de emergencins o a la clínica desde el último examen?	
		5. ¿Ha tenido una transfusión de sangre o ha estado expuesto a productos sanguíneos desde el último examen?	
		6. ¿Hay alguien en su familia que ha desarrollado problemas médicos desde su último examen?	
		7. ¿Sabe cómo hacer exámines de senos? ¿Cuántos exámines se hace usted al año?	
		8. ¿Ha notado algunas preocupaciones de seno en el último año (ternura, bultos, descarga, etc.)?	
		9. ¿Fuma o masca tabaco? Si Sí, ¿Cuántos latas/cigarillos al día? _____ ¿Cuánto tiempo lleva usando tabaco? Meses: Años: Si Sí, ¿está listo para dejar o reducir el uso del tabaco? ☐ Sí ☐ No ¿Está expuesto al humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No	¿Ha sido aconsejado de dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No ¿Fue referido? ☐ Sí ☐ No
		10. ¿Ha tenido algún problema con el malhumor o la depresión?	
		11. ¿Ha notado algún cambio en la tez o cualquier otro problema de piel o de cutis?	
		12. ¿Cuándo fue el primer día de su último período menstrual?	
		13. ¿Utiliza algún ahora método anticonceptivo? ¿Por cuánto tiempo?	
		14. ¿Utiliza este método correctamente?	
		15. ¿Prefería otro método anticonceptivo?	
		16. ¿Sabe usted de la anticoncepción de Emergencia (la píldora de la mañana después)?	
		17. ¿Tiene manchas/sangre entre períodos menstruales? ¿Se saltan los períodos menstruales?	¿El uso prolongado de la Contracepción? ☐ Sí ☐ No
		18. ¿Tiene relaciones sexuales? ☐ Hombres ☐ Mujeres Tipo: ☐ vaginal ☐ anal ☐ oral SiSí, con qué frecuencia utiliza condones? ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Nunca	
		19. ¿Ha notado una infección vaginal síntomas)? ☐ ardor ☐ supuracíon ☐ picazón ☐ olor ☐ bultas o llagas ☐ dolor al tener sexo	
		20. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted en los últimos 60 días? _____ ¿Desde el último examen? ¿La fecha de la última relacion sexual? ¿En la vida? ¿La duración de su relación actual?	
		21. ¿Alguno de sus parejas anteriores o actuales tenían una historia de: ☐ el uso de drogas inyectables ☐ parejas múltiples ☐ bisexualidad ☐ infecciones de transmission sexual VIH ☐ no me aplica	
		22. ¿Utiliza alcohol? SiSí, ¿con qué frecuencia? ☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ mensualmente ☐ otro: _____	
		23. ¿Utiliza drogas ilícitas (mariguana, cocaína, crank, metanfetamina, otros)? SiSí, ¿con qué frecuencia? ☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ mensualmente ☐ otro: _____	
		24. ¿Utiliza cinturones de seguridad? ☐ siempre ☐ a veces ☐ nunca	
		25. ¿Tiene alguna otra pregunta o problema? (de salud, de sexualidad, de nutrición, etc.)	

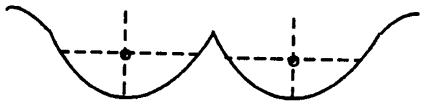
Nombre (Escribe en letra clara):	Fecha de Nacimiento:	Número de Registro:

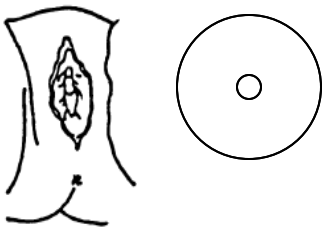
Uso del Personal: SAB _____ EAB _____ Gravida _____ Para _____	Hx de Pap anormal: ☐ Sí ☐ No	**Inmunizaciones Revisaron:** ☐ Sí ☐ No	**Evaluación de Víctima:**	**Aconsejar Necesario de Adolescente (participación y evitar paternales de coercion sexual):**	**La Entrevista del Pre-examen**

Base de Datos Objetiva

x si normal

26. BP HT WT BMI		Circunferencia de Cintura
27. Piel/pelo/uñas		
28. La Tiroides		
29. Los Senos		
30. El Corazón		
31. Los Pulmones		
32. El Abdomen		La Ternura de CVA:
33. Los Genitales Externos		
34. La Vagina		La Descarga:
35. La Cerviz		
36. Tamaño/Forma de Útero		La Posición:
37. Adnexae		
38. Rectovaginal		
39. Extremidades más Bajas		¿Seven los Cordones de DIU? ☐ Sí ☐ No ☐ NA
40. Otras Conclusiones		





El Laboratorio	X Si Hecho	Los Resultados	Los Planes/Métodos		
41. Hct o Hgb			49. Orales	☐	Marca: #Prescrito:
42. El Examen del Embarazo			50. DIU	☐	Tipo:
43. Citología de Pap	☐ A ☐ R		51. NFP	☐	Tipo:
44. La Revisión de Gonorrea			52. Diafragma	☐	Tipo: Tamaño:
45. La Revisión de Clamidia			53. Inyectable	☐	Tipo:
46. La Revisión de VIH		☐ Educación/Consejería Proporcionado	54. Implante	☐	
47. Monte Mojado Vaginal			55. Espermicida	☐	
			56. Condones	☐	
48. Análisis de Orina			57. Otro	☐	Especifica el Método:
			58. ECP	☐	
			59. Nuvaring	☐	
			60. Parche	☐	

Problemas/Comentarios/Referencias

¿Entrevista Después de Examen? ☐ Sí ☐ No	Firma (del clínico)	Fecha:

Razón por la Visita

Nombre (Escribe en letra clara):	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Registro