

REVISIÓN ANUAL DE LA SALUD SEXUAL

INFORMACIÓN BÁSICA

1. Nombre de preferencia: _____

¿Cuáles son sus pronombres?

Él/su Ella/su Ellos/sus Otro: _____

2. ¿Con qué género se identifica?

Hombre Mujer Transgénero (hombre a mujer)
 Transgénero (mujer a hombre) Otro: _____

3. ¿Cuál es el sexo que se le asignó al nacer?

Hombre Mujer Otro: _____

4. ¿Cuál es su país de origen? _____ ¿Cuál es su lengua materna? _____

FECHA DE CONSULTA: _____

- USO CLÍNICO SOLAMENTE -

HISTORIAL GENERAL DE SALUD

5. Seleccione abajo si tiene (o tuvo) alguna de las siguientes afecciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, medicamentos, insectos, látex) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga o riñones | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en la sangre o problema de hemorragia | <input type="checkbox"/> Problemas en la piel |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo/autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de garganta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis o problema en los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Diarrea/constipación/problemas de intestino | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión/en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón/soplos | <input type="checkbox"/> Deficiencia de G6PD |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada/apoplejía | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.) | |

6. Seleccione abajo si algún familiar tiene (o tuvo) las siguientes afecciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón/soplos | <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | |

7. ¿Recibió alguna transfusión de sangre, hemoderivados o una donación de órganos antes de 1992?

Sí No

8. ¿Recibió factores de coagulación antes de 1987?

Sí No

9. Seleccione si consume actualmente o si consumió alguna vez alguno de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos/tabaco/cigarrillos electrónicos | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/cerveza/vino/licor | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Crack/cocaína | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Opioides (heroína/fentanilo) | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Suboxone/metadona | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Qué cantidad? _____ |

ETIQUETA

- USO CLÍNICO SOLAMENTE -

Historial revisado por: _____ Fecha: _____

Historial revisado por: _____ Fecha: _____

Historial revisado por: _____ Fecha: _____