

# 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: \_\_\_\_\_