

Community Health Centers, Inc.
FEMALE HISTORY (Historial para Mujeres)

Age of first menstrual period: _____
Fecha de su primera menstruación (regla): _____

How many days between periods? _____
¿Cuántos días entre las reglas? _____

How many days does your period last? _____
¿Cuántos días dura su regla? _____

Bleeding is: light moderate heavy _____ pads a day
Sangra: liviano moderado mucho _____ toallas al día

First day of last menstrual period: _____
Primer día de su última regla: _____

Was it normal? Yes No
¿Fue normal? Si No

If you are past menopause, has there been any bleeding since? Yes No
¿Si esta en la menopausia, ha sangrado otra vez? Si No

Any vaginal discharge? Yes No
¿Algún desecho (flujo) vaginal? Si No

Method of preventing pregnancy:
Método de prevención de embarazo:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> birth control pills
<i><input type="checkbox"/> pastillas</i> | <input type="checkbox"/> condoms
<i><input type="checkbox"/> condones</i> | <input type="checkbox"/> IUD
<i><input type="checkbox"/> intrauterino</i> | <input type="checkbox"/> diaphragm
<i><input type="checkbox"/> diafragma</i> | <input type="checkbox"/> tubal ligation
<i><input type="checkbox"/> ligadura de tubos</i> |
| <input type="checkbox"/> rhythm
<i><input type="checkbox"/> ritmo</i> | <input type="checkbox"/> withdrawal
<i><input type="checkbox"/> el se retira antes</i> | <input type="checkbox"/> partner had vasectomy
<i><input type="checkbox"/> vasectomía del hombre</i> | <input type="checkbox"/> other _____
<i><input type="checkbox"/> otro _____</i> | |

Date of last Pap smear: _____
Fecha de su última citología (Papanicolaou): _____

Any abnormal Pap smears? Yes No
¿Algún fué anormal? Si No

Date of last mammogram: _____
Fecha de su última mamografía: _____

Any abnormal mammogram? Yes No
¿Algún mamografía anormal? Si No

Do you check your breasts? every month every year never
¿Se auto examina los senos? una vez al mes una vez al año nunca

Date of last breast exam by a doctor: _____
Cuándo fue la última vez que un doctor le examinó los senos: _____

Have you ever been pregnant? Yes No
¿Algún vez ha estado embarazada? Si No

Number of pregnancies: _____
Cuántos embarazos ha tenido: _____

Live births: _____ Birth weights: _____ (child 1) _____ (child 2) _____ (child 3) _____ (child 4)
Partos vivos: _____ Pesos de los niños: _____ (1ro) _____ (2do) _____ (3ro) _____ (4to)

Abortions or miscarriages: _____
Abortos naturales o quirúrgicos: _____

Did you have any problems with any pregnancies? Yes No If yes, please describe: _____
¿Tuvo alguna complicación con sus embarazos? Si No Favor describa _____

Community Health Centers, Inc.
FEMALE HISTORY (Historial para Mujeres)

Do you have any problems that prevent you from keeping your health care appointment? Yes No
¿Tiene algún problema que interfiera con sus citas médicas? Si No

Do you feel unsafe where you live? Yes No
¿Se siente insegura donde vive? Si No

In the past year, have you been threatened, hit, slapped, or kicked by anyone you know? Yes No
¿Durante en el año pasado, ha sido amenazada o golpeada por alguien que conocé? Si No

On a 1-5 scale, how do you rate your current stress level? (low) 1 2 3 4 5 (high)
¿En una escala del 1-5, como describiría su nivel de tensión? (bajo) 1 2 3 4 5 (alto)

How do you learn the best? Hearing Reading Seeing Written material to take home
¿Cuál es la mejor manera que usted aprende? Escuchar Lectura Visual Material escrito para llevar a casa

Completed by: _____ Date: _____
Historial completado por: _____ Fecha: _____

Physician Attestation: _____	Date
-------------------------------------	-------------