

Henderson County Department of Public Health

1200 Spartanburg Hwy Suite 100, Hendersonville, NC 28792

Phone: (828) 692-4223 Fax: (828) 697-4691

Apply Patient Label Here

Family Planning Self-History for Women

Instructions: If you are unsure about a question, ask for help.

Instrucciones: Si usted está insegura de alguna pregunta, pida ayuda.

What is the reason for your visit today?		¿Cuál es la razón de su visita hoy?
Do you have any allergies to medicine or latex? Please List:		¿Usted tiene algún tipo de alergia a medicamentos o látex? Anotar:
What medication do you take (prescription or over-the-counter)? Please list name, dose and how often you take it. <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Multivitamin with Folic Acid		¿Qué medicamentos toma (con o sin receta)? Favor de escribir el nombre, dosis y cada cuanto lo toma. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Vitamina con Ácido Fólico
Would you like to have any (or more) children? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes How many and when?		¿Usted quisieran tener niños (o más niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántos y Cuando?
How important is it to you to prevent pregnancy at this time? <input type="checkbox"/> Very important <input type="checkbox"/> Important, but I would be ok if I got pregnant <input type="checkbox"/> Not very important, but I still want birth control <input type="checkbox"/> I want to become pregnant now		¿En este momento, qué tan importante es de prevenir un embarazo? <input type="checkbox"/> Muy importante <input type="checkbox"/> Importante, pero, está bien si tengo embarazo <input type="checkbox"/> No tan importante, pero quiero un método de control prenatal <input type="checkbox"/> Quiero tener un embarazo horita
Are you using birth control now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, which one?		¿Utilice un método de control de natalidad ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?
Are you satisfied with your birth control? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Do you want to talk about other options? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		¿Está satisfecha con su método? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quiere platicar de otros métodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you had problems with birth control in the past? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, list name and problem:		¿Jamás ha tenido problemas con métodos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha tenido problemas, ¿con que método and que fue el problema?
Have you had unprotected sex in the past 5 days? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, would you like emergency contraception today? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		¿Ha tenido sexo sin protección en los últimos 5 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto sí, ¿quiere contracepción de emergencia hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you or your family have any of the following health conditions:	You <i>Usted</i>	Family <i>Familia</i>
Anemia, Sickle Cell or other Blood Disorder		
Heart Disease/Heart Problem		
Diabetes or Pre-Diabetes		
Hypertension or High Cholesterol		
Thyroid disease		
Asthma or Lung disease		
Kidney Disease		
Seizure Disorder		
Hepatitis or Liver problems		
Migraine headaches		
Cancer		
Blood Clots in legs or lungs		
Mental, Emotional illness or eating disorder		
Blood transfusion or other blood products		
Birth Defects or Genetic problems		
Tuberculosis		
List any other serious illnesses, injuries, hospitalizations, surgeries, or chronic medical or mental health conditions:	Tiene usted o su familia algunas de las siguientes condiciones de salud: Anemia, Enfermedad de células falciformes o desorden de la sangre Enfermedades del corazón/problemas del corazón Diabetes o Pre-Diabetes Presión alto o colesterol alto Tiroides Asma o enfermedades de los pulmones Enfermedades de los riñones Convulsiones Hepatitis o problemas de hígado Migrañas dolores de cabeza Cáncer Coágulos de sangre en piernas o pulmones Enfermedades mentales o emocionales o desordenes en la forma de comer Transfusiones de sangre o productos de sangre Defectos de nacimiento/problemas genéticos Tuberculosis Incluya cualquier otra enfermedad grave, lesiones, hospitalizaciones, cirugías o problemas crónicos de salud, médico o mental.	

Henderson County Department of Public Health

1200 Spartanburg Hwy Suite 100, Hendersonville, NC 28792
 Phone: (828) 692-4223 Fax: (828) 697-4691

Apply Patient Label Here

Female Health History

Historia de la salud de mujeres

How old were you when you started having periods?		¿A qué edad empezó a menstruar (su regla)?	
What day did your last period begin?		¿Cuál día empezó su última regla?	
How often do you have your periods?		¿Con que frecuencia tiene su menstruación?	
How many days are you usually on your period?		¿Cuántos días dura su menstruación?	
Are you late for your period?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Está teniendo un retraso en su regla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ever had a test for HPV (Human Papilloma Virus) infection or a vaccine to prevent HPV?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Jamás ha tenido un test de la VPH o una vacuna para prevenir infección del VPH (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
When was your last Pap Smear?		¿Cuándo fue la última Papanicolaou?	
Have you ever had an abnormal Pap Smear?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal?	
Have you ever had a mammogram?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se hizo un monograma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you ever had a Colposcopy or LEEP procedure?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido una colposcopia o LEEP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you taking any hormones?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Toma alguna hormona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you have problems with your periods?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene problemas con la regla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you have any problems with your female organs such as fibroids or ovarian cysts?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene problemas con los órganos de mujer, tales como miomas o quistes de los ovarios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you ever had genital herpes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Jamás ha tenido infección de herpes genitales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you have any breast problems?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene algunos problemas con los senos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you breastfeeding now?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usted está amamantando horita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Pregnancy History: Skip if you have never been pregnant.

Historia de los embarazos: Omitir si nunca ha estado embarazada

How many times have you been pregnant?		¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
When was your last baby born?		¿Cuándo nació su último bebé?	
Were any babies born premature?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo algún parto prematuro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Did you have any problems in your pregnancies? Which problems?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo algún problema con su/s embarazos? ¿Cuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Social History

Historia Social

Do you smoke or use any type of nicotine? If yes, what kind/how many/how long?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Fuma o usa algún tipo de nicotina? Si es sí ¿Qué tipo/cuánto por día/por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you exposed to smoke or vaping?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Está expuesta al humo de cigarro o cigarro electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you drink alcohol? If yes, how many drinks? If yes, how often per week?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Toma alcohol? ¿Si su respuesta es sí, cuántas bebidas? ¿Por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you use marijuana or drugs? If yes, which ones and how long?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usa marihuana o drogas? Si su respuesta es sí, ¿cuánto y cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
What kind of work do you do?		¿Qué tipo de trabajo haces?	
What is the highest grade you finished in school?		¿Cuál es el grado más alto que terminó en la escuela?	
Do you exercise regularly? (ex. walk, swim, bike or other activity for 30 minutes three or more times per week)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Hace ejercicios con regularidad? (ejemplo, caminar, nadar, correr bicicleta por 30 minutos tres veces o más por semana)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Henderson County Department of Public Health

1200 Spartanburg Hwy Suite 100, Hendersonville, NC 28792

Phone: (828) 692-4223 Fax: (828) 697-4691

Apply Patient Label Here

Sexual History	Historia Sexual
Are you sexually active? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene relaciones sexuales hoy día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Who do you have sex with? <input type="checkbox"/> Men <input type="checkbox"/> Women <input type="checkbox"/> Both	¿Con quienes tiene relaciones? <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Los dos
Do you use condoms and/or dental dams (for oral sex) every time you have sex? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usa condones o un protector dental (para sexo oral) cada vez que tiene relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
How many sexual partners in the last 2 months?	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 2 meses?
How many sexual partners in the last 12 months?	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?
Have you or your partner ever injected drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usted o su pareja alguna vez han inyectado drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you/partner have sex with more than one person? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usted o su pareja tiene relaciones con más de una persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you or your partner exchanged sex for drugs or money? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Jamás ha aceptado dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you had an HIV test? If yes, when? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Jamás ha tenido un test de la SIDA? ¿Cuándo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you or your partner had sexually transmitted infections? If yes, which? Gonorrhea Chlamydia Syphilis Herpes Hepatitis B Trichomonas Other: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usted o su pareja jamás ha tenido una infección de transmisión sexual? ¿Cuales? Gonorrhea Clamidia Sífilis Herpes Hepatitis B Tricomonas Otro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
How old were you when you started having sex?	¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?
Check the ways you have sex: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal	Marque las formas en que ha tenido sexo: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal
Do you have pain with intercourse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene algún dolor cuando tiene relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you ever been abused physically, sexually or emotionally? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Jamás ha experimentado abuso físico, sexual o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Have you recently changed sexual partners? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Ha cambiado pareja recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Emotional Health Screening	Preguntas sobre su salud emocional
Over the last 2 weeks, have you been bothered by little interest, or pleasure in doing things? <input type="checkbox"/> Yes* <input type="checkbox"/> No	En las últimas dos semanas, ¿usted ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Over the last 2 weeks, have you been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? <input type="checkbox"/> Yes* <input type="checkbox"/> No	En las últimas dos semanas, ¿usted ha estado sintiéndose desanimado, deprimido o sin esperanza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Within the past year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Alguien le ha pegado o dañado físicamente en los últimos doce meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you in a relationship with a person who threatens or physically hurts you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Usted está en una relación donde sufre abusos físicos o amenazas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you live in a safe place? If not, do you know where you can go for help? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Vive en un lugar seguro? Si no, ¿sabe dónde ir para recibir ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*If yes, give client PHQ-9 or EPDS

Henderson County Department of Public Health

1200 Spartanburg Hwy Suite 100, Hendersonville, NC 28792

Phone: (828) 692-4223 Fax: (828) 697-4691

Apply Patient Label Here

Review of Systems:

Revisión de Sistema:

Do you have any of the following symptoms:	Yes /Sí	No	Tiene algunas de los siguientes síntomas:
Intolerance to heat or cold, or thirst			<i>Intolerancia al calor, frío o sed</i>
Weight loss or gain			<i>Pérdida de peso o aumento</i>
Dizziness, fainting or seizures			<i>Mareo, desmayo o convulsiones</i>
Headache			<i>Dolores de cabeza</i>
Blurry or double vision or flashing lights			<i>Visión borrosas o doble o luces intermitentes</i>
Sore throat or sores in the mouth			<i>Dolor de garganta o llagas en la boca</i>
Swollen glands in the neck			<i>Inflamación de las glándulas en el cuello</i>
Coughing up blood, shortness of breath or wheezing			<i>Tosiendo sangre, dificultad al respirar, sibilancias</i>
Shortness of breath when active			<i>Dificultad para respirar cuando está activo</i>
Chest pain or discomfort			<i>Dolor de pecho o incomodidad</i>
Swelling			<i>Hinchada</i>
Breast lumps, pain or discharge			<i>Bultos en los senos, dolor o secreción</i>
Nausea			<i>Nausea</i>
Yellow eyes or skin			<i>Ojos o piel amarilla</i>
Bleeding from the rectum			<i>Sangrado del recto</i>
Vaginal discharge, pain, burning or itching			<i>Secreción vaginal, dolor, ardor o comezón</i>
Douching			<i>Duchas</i>
Unexplained vaginal bleeding			<i>Sangrado vaginal inexplicable</i>
Urinary frequency, urgency, burning or blood			<i>Frecuencia al orinar, urgencia, ardor o sangre</i>
Redness or swelling in joints			<i>Enrojecimiento o hinchazón en las articulaciones</i>
Calf pain with walking			<i>Dolor de pantorrilla con caminar</i>
Bruise or bleed easily			<i>Magulla o sangra fácilmente</i>
Skin rashes, growths or lesions			<i>Erupciones en la piel, crecimientos o lesiones</i>
Other problems:			<i>Algún otro problema:</i>