FAMILY PLANNING INITIAL HISTORY - PART II • *PERSONAL HISTORY*

Name _____ **Age** _____ **Date of Birth** _____ **Today's Date** _____

The following questions provide information that helps us give you the best medical care we can. Your answers may guide us in recommending additional tests or follow-up care to protect your health. This page will NOT be included when your records are sent to another medical provider or insurance company unless you sign the consent below at the time of the request.

Yes	No	Unsure	
			How many drinks (alcohol) do you have in a day? ___ In a week? ___ None ___
			Do you ever feel you should cut down on your drinking?
			Have you ever used any street drugs?
			Have you or your sexual partner(s) ever exchanged sex for drugs or money?
			Have you or your sexual partner(s) ever used needles for drugs? (shot drugs)
			Have you or your sexual partner(s) ever had a blood transfusion, tissue/organ transplant or artificial insemination? What year? _____
			Have you been tested for HIV (the virus which causes AIDS)? When? ____ □ Pos □ Neg
			Do you use condoms? ☐ Always ☐ Sometimes ☐ Never
			Do you ever have: ☐ Oral sex (☐ give; ☐ receive) ☐ Rectal sex (☐ give; ☐ receive)
			Is your sexual partner ☐ male ☐ female ☐ both ☐ I am not currently having sex
			Have any of your male partners had sex with other men?
			How many sex partners have you had in the last 3 months? _____ 12 months? _____
			Have you had a NEW sexual partner in the last 3 months?
			Does your sex partner have other sex partners?
			When was the last time you had sex?
			How old were you when you first had sex?
			Did you first sexual experience occur with your permission?
			Have you ever been forced to have sex?
			Have you ever been hit, slapped, kicked, shaken or hurt by anyone?
			Is there anyone in your life who makes you feel unsafe now?
			Have you ever experienced severe depression or emotional problems?
			Have you in the past or are you currently receiving any mental health counseling?
		Staff Use:	☐ HIV Risk Assessed ☐ HIV Risk Reduction Counseling Performed Client tested for HIV or referred for HIV testing? ☐ Yes ☐ No

Patient Signature _____ Date _____ Staff Signature _____ Date _____

I want this information to be included in my medical record and released to: _____.

Patient Signature _____ Date _____

FAMILY PLANNING INITIAL HISTORY - PART II ● ***ANTECEDENTES PERSONALES***

Nombre _____ **Edad** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____

Las siguientes preguntas proporcionan información que nos ayuda a brindarle la mejor atención médica posible. Sus respuestas podrían orientarnos para recomendar exámenes adicionales o cuidados de seguimiento para proteger su salud. Esta hoja NO se incluirá en el expediente que se envíe a otro proveedor médico o a la compañía de seguros a menos que usted firme el consentimiento específico que está al final del formulario al hacer dicha solicitud.

Sí	No	No sé	
			¿Cuantas bebidas alcohólicas se toma en un día? ____ en una semana? ___ Ninguna ____
			¿Alguna vez ha sentido que necesita limitar la cantidad de bebidas alcohólicas o "tragos" que bebe?
			¿Alguna vez ha usado alguna droga?
			¿Usted o su pareja(s) sexual alguna vez han tenido sexo a cambio de drogas o de dinero?
			¿Usted o su pareja(s) sexual han usado alguna vez agujas para inyectarse drogas?
			¿Usted o su pareja(s) sexual ha recibido una transfusión de sangre, un trasplante de tejidos o de algún órgano o han tenido inseminación artificial? ¿En qué año? _____
			¿Ha tenido alguna prueba para el VIH (el virus que causa SIDA)? ¿Cuándo? _____ ☐ Positivos ☐ Negativos
			¿Usa condones? ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
			Alguna vez ha tenido: ☐ relaciones sexuales orales (☐ qué Ud. lo haga; ☐ qué la pareja se lo haga a Ud.) ☐ relaciones sexuales por el recto (☐ qué Ud. lo haga; ☐ qué la pareja se lo haga a Ud.)
			Su pareja sexual es: ☐ hombre ☐ mujer ☐ ambos ☐ No tengo relaciones sexuales de momento
			¿Alguna de sus parejas sexuales varones ha tenido sexo con otros hombres?
			¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 3 meses? _____ ¿12 meses? _____
			¿En los últimos 3 meses ha tenido alguna pareja sexual NUEVA?
			¿Tiene su pareja otras parejas sexuales?
			¿Cuando fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?
			¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?
			Su primera experiencia sexual ¿fué con su consentimiento?
			¿Alguna vez le han forzado a tener relaciones sexuales?
			¿Alguna vez le han golpeado,cacheteado, pateado, dado tirones o le han hecho daño físico?
			¿Existe alguna persona que le haga sentirse insegura o temerosa ahora?
			¿Ha tenido alguna vez depresión grave o problemas emocionales?
			¿Ha recibido en el pasado o está recibiendo algún tipo de asesoría de salud mental?
Para uso del personal /Staff use:			☐ HIV Risk Assessed ☐ HIV Risk Reduction Counseling Performed Client tested for HIV or referred for HIV testing? ☐ Yes ☐ No

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma de personal _____ Fecha _____

Es mi deseo que esta información se incluya en mi expediente médico y que se le entregue a: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____