

# HISTORIAL DE SALUD SEXUAL

INSTRUCCIONES: Este formulario nos ayuda a identificar las opciones de prueba adecuadas para usted. Complete este formulario (solo) y devuélvalo

## HISTORIAL DE SALUD SEXUAL

1. **¿Por qué motivo visitó la clínica hoy?** (seleccione todo lo que corresponda)
  - Detección/pruebas solamente (SIN SÍNTOMAS)
  - Tengo síntomas que me están molestando  
Describa los síntomas: \_\_\_\_\_
  - Mi pareja u otra persona me dijo que viniera  
¿Quién le dijo que viniera? \_\_\_\_\_
  - Mi pareja me dijo que él/ella tiene una infección de transmisión sexual  
Especifique qué infección de transmisión sexual tiene: \_\_\_\_
  - Tratamiento o visita de seguimiento
  - Otro motivo: \_\_\_\_\_
2. **¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo (vaginal, anal u oral) sin usar preservativo?**  
(O, ¿cuándo se rompió o se quitó el preservativo durante el sexo?) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. **¿Con qué frecuencia utiliza preservativos?**
  - Nunca     A veces     Siempre     Otro: \_\_\_\_\_
4. **¿Cuántas parejas sexuales ha tenido ... en los últimos 2 meses?** \_\_\_\_\_  
**... en el último año?** \_\_\_\_\_
5. **¿Qué tipo de sexo ha tenido en el último año?** (seleccione todo lo que corresponda)
  - Mi boca en el/la (  vagina     pene     ano ) de mi pareja
  - La boca de mi pareja en mi (  vagina     pene     ano )
  - Mi vagina en el/la (  vagina     pene     otro: \_\_\_\_\_ ) de mi pareja
  - Mi pene en el/la (  vagina     pene     ano ) de mi pareja
  - El pene de mi pareja en mi (  vagina     pene     ano )
  - Compartí juguetes sexuales con mi pareja
6. **¿Su pareja sexual actual está hoy con usted por una consulta propia?**  Sí     No
7. **¿Sospecha (o sabe) si su pareja ha estado teniendo sexo con otra persona?**
  - Sí     No     No lo sé
8. **¿Usted o su pareja está utilizando actualmente algún método anticonceptivo para evitar un embarazo?**
  - Sí     No     No lo sé
  - Si la respuesta es sí,** ¿qué método utiliza? \_\_\_\_\_
  - Si la respuesta es no,** ¿desea analizar las opciones de métodos anticonceptivos?
  - Sí     No

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

## - USO CLÍNICO SOLAMENTE -

## SOLAMENTE MUJERES

9. **¿Está embarazada actualmente?**  Sí     No     No lo sé
- 10a. **¿Cuándo fue su último período menstrual?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 10b. **¿Fue un período normal para usted?**  Sí     No
11. **¿Necesita realizarse una prueba de embarazo hoy?**  Sí     No
12. **¿Necesita un anticonceptivo de emergencia hoy?**  
(como la "pastilla del día después" o Plan B)  Sí     No     No lo sé

ETIQUETA

# HISTORIAL DE SALUD SEXUAL – CONTINUACIÓN

## PREGUNTAS DE CONTROL DE SALUD

Seleccione todo lo que corresponda para las siguientes preguntas:	En el último año	En su vida	Nunca
13. ¿Ha tenido sexo con un hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido sexo con una mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido sexo con una persona transgénero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido sexo con un hombre que tiene sexo con otro hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha tenido sexo con alguien que tiene VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido sexo con alguien que tiene hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido sexo con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido sexo por drogas, dinero u otras cosas que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha tenido sexo con alguien que intercambia sexo por dinero, drogas u otras cosas que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha utilizado o compartido elementos para inyectarse drogas, esteroides, hormonas, silicona u otras sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha inhalado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Se hizo un tatuaje o piercing fuera de una sala habilitada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ha vivido o tenido sexo con alguien que tiene hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Ha estado en una prisión o cárcel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Ha tenido una pareja que la haya agredido de alguna manera, con abuso verbal o emocional, amenazas, golpes, bofetadas, patadas o empujones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Sufrió experiencias sexuales forzadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. ¿Tuvo sexo con alguien que conoció a través de Internet o una aplicación móvil?**

Sí       No

***Sí la respuesta es sí, ¿qué sitios o aplicaciones utilizó?*** \_\_\_\_\_

**30. ¿Recibió la vacuna del virus del papiloma humano (VPH), el virus que causa cáncer cervical y verrugas genitales?**

Sí    No, pero quiero vacunarme    No, no estoy interesada    No estoy segura

**32. ¿Recibió la vacuna contra la hepatitis B (VHB)?**

Sí    No, pero quiero vacunarme    No, no estoy interesada    No estoy segura

**33. ¿Recibió la vacuna contra la hepatitis A (VHA)?**

Sí    No, pero quiero vacunarme    No, no estoy interesada    No estoy segura

**34. ¿Está interesada en recibir medicamentos para prevenir el VIH (es decir, profilaxis preexposición o profilaxis posexposición)?**

Sí       No       No estoy segura

**35. Indique si tiene alguna pregunta específica para el proveedor hoy:**

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

### - USO CLÍNICO SOLAMENTE -

ETIQUETA

### - USO CLÍNICO SOLAMENTE -

Historial revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Historial revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_