

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEGUNDA INICIAL: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  masculino  femenino

Identidad de género:  Masculino  Femenino  Hombre transgénero/mujer a hombre  
 Mujer transgénero/hombre a mujer  Otro  Elige no divulgar

Orientación sexual:  Lesbiana o Gay  Heterosexual (no lesbian/gay)  Bisexual  Algomás  
 No se  Elige no divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

**Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información**

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

\*\* Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

Correo electrónico para enviarme información: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: \_\_\_\_\_

\*Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.

**SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO** \_\_\_\_\_  Dr. Royeen  Dr. Curry  Emily Eichelberger NP  
**TU DENTISTA** \_\_\_\_\_  Dr. Watson  Dr. Lee

<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Negado
--	---	---

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo

**Es usted estudiante?**  No  Si **Veterano?**  No  Si **Trabajador migrante?**  No  Si

**Viviendas:**  Dueño  Renta  Publicas/ Basado- en Ingresos  Viviendo con amigos/ Familia  Sin hogar

**Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar?** \_\_\_\_\_ **Tamaño de familia** \_\_\_\_\_  
 Negarse a Reportar

**El paciente necesita interprete?**  No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**Si el paciente es menor de 18 anos, el padre o guardian necesita interprete?**  
 No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte?**  No  Si \*En caso afirmativo, porfavor proporcione una copia.

**INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**\*Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  
 Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA:** Marcar todo lo que aplique

Medicaid  Allkids  Medicare  Seguro Privado  Autopago  Descuento

Nombre del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Medico:** \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Dental:** \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductal /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductal / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductal / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** Mi firma debajo tambien indica que me han porporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

**Firma de Cliente (o padre):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Como escuchaste de nosotros?**  Periodico  Amigo/ Familia  Cartel  Radio  Otro \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

### **RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS**

*Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.*

#### **PAGO**

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaid serán determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciones y yo ser responsable por los costos de colección incurridos.

#### **DESCUENTO**

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guias de los Servicios Humanos.

#### **CITAS**

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

#### **TRATAMIENTO DE MENORES**

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

#### **HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES**

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

**Yo entiendo y estoy de acuerdo con las politicas escritas anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado**

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Numero de Telefono</b>

** Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**Por favor complete este formulario si es un Paciente De Medicare**

**PACIENTES DE MEDICARE -MSP**

Estoy recibiendo Medicare basado en: Edad Discapacidad  Enfermedad Renal Etapa Terminal

Estoy empleado actualmente: No Si

Nombre y dirección de mi empleador: \_\_\_\_\_

Mi cónyuge esta actualmente empleado: No Si

Nombre y dirección de empleador: \_\_\_\_\_

Usted tiene cobertura de un Plan de Salud Grupal basado en su empleo o en el de su cónyuge?

No Si-Ambos Si-Mi mismo Si- Cónyuge

**FORMULARIO PARA FIRMA DE MEDICARE DE POR VIDA PARA**

**PERMISO DE PAGO PARA BENEFICIOS DE MEDICARE A LA CLÍNICA DE SALUD DEL CONDADO CASS**

Yo solicité pago de beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por los servicios proporcionados a mi por la Clínica de Salud del Condado Cass. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o otra información sobre mi que sea liberada a Medicare y sus agentes. Cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios relacionados a los servicios.

⇒ **Firma del Paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

O si el paciente no puede firmar en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Representante / Padre / Tutor**  
**Y RELACION**

⇒ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Representante / Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**CUESTIONARIO SOBRE SU HISTORIAL DE SALUD SPANISH**

*Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidencial y seran parte de su expediente medico.*

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre):	M F	FDN:	
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Doctor Previo o el que lo refirio:	Fecha de ultimo examen fisico:		

**HISTORIAL DE SALUD PERSONAL**

ENFERMEDAD DE INFANCIA:	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio		
VACUNAS Y FECHAS:	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Hepatitis B
EXAMENES DE SALUD	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Cuando/Donde:		<input type="checkbox"/> Radiografía del pecho Cuando/Donde:
	<input type="checkbox"/> Examen Rectal/Sangre Cuando/Donde:		<input type="checkbox"/> EKG Cuando/Donde:

**PROBLEMAS MEDICOS QUE OTROS DOCTORES DIAGNOSTICARON**

Diabetes	Si	No	Artritis / Gota	Si	No	Epilepsia	Si	No	Trastorno de Coagulación	Si	No
Anemia	Si	No	Alta Presion Sanguinea	Si	No	Hepatitis	Si	No	Cataratas	Si	No
Cancer	Si	No	Problemas Cardiacos	Si	No	Coágulo de Sangre	Si	No	Problemas de la Tiroides	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Infecciones Resistentes a los Antibioticos	Si	No	Lupus	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Asthma	Si	No	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	Si	No	Glaucoma	Si	No	Colesterol Alto	Si	No
EPOC	Si	No	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Si	No	Depresión	Si	No			
Otros											

**CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES**

Año	Lista de Cirugías	Hospital

**ANOTE SUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICAMENTOS DEL MOSTRADOR, VITAMINAS Y INHALADORES**

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?

**ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDA, TEMPORAL OR AMBIENTAL)**

Alergia a que?	Reacción?	Alergia a que?	Reacción?	Aleriga a que?	Reacción?

**HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL**

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

Alcohol	Usted toma alcohol?	Si	No
	En caso afirmativo ,de que tipo? <span style="float: right;">Cuantas bebidas por semana?</span>		
Cafeína	Usted usa cafeína?	Si	No
	En caso afirmativo, que tipo? <input type="checkbox"/> chocolate <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> té <input type="checkbox"/> refresco <input type="checkbox"/> bebida energética <input type="checkbox"/> tableta		
Tabaco	Usted usa tobacco? <input type="checkbox"/> Cigarrillos/dia <input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar- #/dia <input type="checkbox"/> Pipa - #/dia <input type="checkbox"/> Cigarros#/dia	Si	No
	<input type="checkbox"/> # de años <input type="checkbox"/> O año que dejo el tabaco		
Drogas	Usted actualmente o en algun momento ha usado drogas recreativas o de la calle? Tipo/Frecuencia _____	Si	No
	Usted se a administrado drogas de la calle con una aguja?	Si	No
Tatuajes	Tiene usted algun tatuaje?	Si	No
Dieta	Dieta <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diabetica <input type="checkbox"/> Baja en sal /Baja en Sodio <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otra _____	Si	No
Ejercicio	Ejercicio -Describalo _____	Si	No

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES

Mal estado de salud últimamente	Si	No
Cambios recientes de peso	Si	No
Fatiga/ Cansancio	Si	No

### OJOS

Enfermedad de los ojos / lesión	Si	No
Lentes / Contactos	Si	No
Vista borrosa	Si	No
Visión doble	Si	No

### OÍDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA

Pérdida de audición / Zumbido en los oídos	Si	No
Dolor de oídos o drenaje	Si	No
Problemas de sinusitis crónica	Si	No
Sangrado de la nariz	Si	No
Llagas en la boca	Si	No
Sangrado en las encías	Si	No
Mal aliento / mal sabor	Si	No
Dolor de garganta	Si	No
Glándulas inflamadas en el cuello	Si	No

### CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho / Angina de pecho	Si	No
Palpitaciones (Latido de corazón irregular)	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Hinchazón de los pies	Si	No

### RESPIRATORIO

Tos crónica/ frecuente	Si	No
Tos con sangre	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Sibilancias	Si	No

### GASTROINTESTINAL

Perdida de apetito	Si	No
Cambio en las deposiciones (poco)	Si	No
Nausea o Vomito	Si	No
Diarrea frecuente	Si	No
Deposiciones dolorosas / Estreñimiento	Si	No
Sangrado Rectal	Si	No
Dolor abdominal / Acidez	Si	No

### GENITOURINARIAS

Orinación (pipi)	Si	No
Dolor/ ardor al orinar	Si	No
Sangre en la orina	Si	No
Incontinencia (mojar los calzoncillos) gotear	Si	No
Cálculos renales (piedras en los riñones)	Si	No
Problemas Sexuales	Si	No

### MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor en las articulaciones	Si	No
Rigidez/ hinchazón en las articulaciones	Si	No
Debilidad en los músculos	Si	No
Dolor en los músculos/ calambres	Si	No
Dolor de espalda	Si	No
Manos o dedos fríos/ pies o dedos de los pies	Si	No

### INTEGUMENTARIO

Sarpullido o picazón	Si	No
Cambios en el color de piel	Si	No
Cambios en el cabello o las uñas	Si	No
Venas varicosas	Si	No
Lunares excesivos	Si	No
Exposición excesiva al sol	Si	No
Lesiones o llagas	Si	No

### NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza frecuentes	Si	No
Aturdido/ mareado	Si	No
Convulsiones/ ataque	Si	No
Entumecimiento o hormigeo	Si	No
Temblores/ sacudidas	Si	No
Parálisis	Si	No
Lesión en la cabeza	Si	No

### PSIQUIÁTRICO

Perdida de memoria/ Confusión	Si	No
Nervios/ Ansiedad	Si	No
Tristeza	Si	No
Insomnio/ No poder dormir	Si	No

### ENDOCRINO

Problemas de glándulas o hormonas	Si	No
Resequedad de la piel	Si	No
Sed o ganas de orinar excesivas	Si	No
Sentir mucho frío/ calor (sofocos, etc.)	Si	No

### HEMATOLÓGICO/ LINFÁTICO

Dificultad para sanar heridas/ lesiones	Si	No
Sangrado o moretones con facilidad	Si	No
Anemia	Si	No
Flebitis	Si	No
Transfusiones de sangre en el pasado	Si	No
Agrandamiento de las glándulas	Si	No

### OTRO


NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL FAMILIAR

	Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte		Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte
			Si	No					Si	No	
Padre			Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Madre			Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Materna		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Materno		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Paterna		Si	No		
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Paterno		Si	No		

### SOLO HOMBRES

Por lo regular se levanta a orinar en la noche?	En caso afirmativo, # de veces _____	Si	No
Siente dolor o ardor al orinar?		Si	No
Hay sangre en su orina?		Si	No
Siente una secreción ardiente del pene?		Si	No
Ha disminuido la fuerza de su orina?		Si	No
Ha tenido alguna infección del riñon, vejiga, o prostata durante los últimos 12 meses?		Si	No
Esta teniendo problemas para vaciar su vejiga completamente?		Si	No
Dificultad con erección o la eyaculación?		Si	No
Cualquier dolor o hinchazón testicular?		Si	No
Fecha del ultimo examen de la prostata o rectal?		Si	No
Usted es sexualmente activo? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?-Porfavor circule		Si	No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?		Si	No

### SOLO MUJERES

Edad de 1ra menstruación :	Fecha de la ultima menstruación:	menstruación cada _____ días	
Último papanicolaou _____	Donde? _____	Último mamografía _____	Última detección de la Densidad Ósea _____
Numero de embarzos _____	Numero de partos vivos _____	Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor, o secreción?	Si No
Está embarazada o dando pecho?			Si No
Ha tenido un D&C (Dilatación y Curetaje), histerectomía, o Cesárea?			Si No
Ha tenido una infección del tracto urinario, vejiga o riñon en el último año?			Si No
Sangre en la orina?			Si No
Problemas con el control de la orina?			Si No
Siente sofocos o sudor nocturno?			Si No
Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, o otros sintomas en o alrededor del tiempo de su menstruación?			Si No
Ha experimentado sensibilidad en los senos, bultos, o secreción del pezon recientemente?			Si No
Flujo vaginal?			Si No
Usted es activo sexualmente? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?-Porfavor circule			Si No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?			Si No