



Ayuntamiento de Puerto de Santa María
CENTRO DE ORIENTACION
Y PLANIFICACION FAMILIAR

Av. de la Bajamar, 8 (Hospital Municipal)
 Telfs. 861335-862208 - Ext. 4

APELLIDOS.....

NOMBRE..... EDAD..... ESTADO CIVIL.....

Dirección..... localidad..... Telf.....

Reside en El Puerto desde..... Asistencia médica.....

Profesión..... Profesión de la pareja..... Edad.....

Nivel de instrucción..... Nivel económico.....

Vivienda Alquilada Propia Cedida

Número de habitantes..... C.B.....

Religión..... Practicante si no

Como conoció el Centro.....

Motivo de la primera consulta.....

Menarquía..... años. F. M. pre. / post. / Cantidad usual

Dismenorrea si no evolución.....

Tensión pre. si no evolución.....

U. R.....

EMBARAZOS

N.º	Curso	Terminac.	Fecha	Puerp.	Lact.	Sexo	Peso	Estado actual

Número de hijos deseados.....

ANTECEDENTES PERSONALES

- 1 Enfermedades infantiles Aparatos y Sistemas
- 2 Cardiovascular
- 3 Respiratorio
- 4 Digestivo
- 5 Urinario
- 6 Nervioso
- 7 Endocrino y Metabólico
- 8 Locomotor
- 9 Genital
- 10 Otros
- 11 Intervenciones

Enfermedad de transmisión sexual si no

Alcohol..... Tabaco..... Droga..... Fármacos.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

- 1 Padres
- 2 Hermanos
- 3 Marido

ANTICONCEPCION PREVIA

	N. comerc.	Tiempo uso	N.º embarazos	Efectos
1 Coito interrumpido				
2 Ogino				
3 T. Basal				
4 T. Basal-Ogino				
5 Preservativo				
6 A. orales				
7 A. iny.				
8 D. I. U.				
9 Espermicida				
10 Lavado vaginal				
11 Diafragma				
12 Otros				

SINTOMAS GENITALES ACTUALES

- 1 Dolor
- 2 Hemorragia
- 3 Leucorrea
- 4 Prurito
- 5 Trastornos micción
- 6 Amenorrea
- 7 Coitalgia
- 8 Otros

EXPLORACION

Aspecto general.....

Hábito: Asténica Pícnica Hipoplásica Inters.

Peso..... Talla..... T.A. /

MAMAS:

Simetría si no

Nodulos si no d i

Ganglios si no d i

Secrec. si no d i

Alt. piel si no d i

ABDOMEN:

ZONA INGUINAL: Adenopatias si no d i

MIEMBROS INF. Varices si no d i

DATOS PERSONALES

NOMBRE Primer apellido y segundo apellido

Estado Civil: Soltero Emparejado Casado Separado ViudoProfesión..... Parado

¿A que edad te casaste?..... Causas

Edad de la pareja..... Profesión..... Parada

N.º de hijos..... Deseados..... Edades: Varones..... Hembras.....

Vivienda: Propia Alquilada CedidaNivel de Instrucción: Ninguna Primaria Secundaria Superior**HISTORIA SEXUAL**1. ¿Actividad sexual en la Infancia o Adolescencia: Si Nocon: Niñas Niños Animales

De qué tipo

2. Edad de la primera Eyaculación

3. Autoestimulación: Si NoEdad de la primera vez..... Estabas: Solo AcompañadoFué: Agradable Desagradable No recuerdo

Te estimulas otras zonas.....

Frecuencia

Fantasías

4. Edad de la 1.ª relación sexual..... Mujer HombreFué: Satisfactoria Insatisfactoria No recuerdoFrecuencia actual: Diariamente Varias veces a la semana No tengo Varias veces al mes5. Penetración: Si No A veces6. Orgasmo: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca7. Penetración extravaginal: Si No Bucal Anal Otras formas8. Apetito sexual: Ninguno Mucho Poco

9. Personas con las que te has relacionado sexualmente

10. Posiciones que adoptas: Una Dos Tres Más

11. Tipos

12. Después del coito te sientes: Relajado Insatisfecho Con sueño13. Consigues la erección: Siempre Casi nunca nunca A vecesLa controlas: Fuera Entrando Dentro14. Controlas la Eyaculación: Entrando Dentro A veces NuncaTe produce: Dolor Ardor Placer15. En las relaciones con tu pareja, hay o ha habido autoestimulación: Si No¿Cuándo? Cuando falta tu compañera Independientemente16. ¿Te acaricias otras partes de tu cuerpo? Si No

17. Se da el juego sexual en tus relaciones: Si No

Tiempo

Tiene importancia: Para ti Para tu compañera Para ambos

18. Qué zonas de tu cuerpo te gustan que te acaricien:

Genitales Nalgas Cabeza Cuello Tronco Brazos Piernas

Otras

19. Suele acariciarte tu compañera: Si No

Sueles tú, acariciarla: Si No

20. Te definirías: Activo Pasivo Otras

21. Expresas tus deseos: Siempre Alguna vez Nunca

22. Sueños húmedos A veces Frecuentemente Nunca

23. ¿Hay fantasías en tus relaciones sexuales? Si No

Descríbela

24. Enfermedades de transmisión sexual:

Tipo

Duración

Tratamiento

25. Ingesta alcohol: Si No

Frecuencia

Tipo

26. Ingesta fármacos: Si No

Frecuencia

Tipo

27. Ingesta Drogas: Si No

Frecuencia

Tipo

28. Micción

29. Defecación

30. Próstata

31. Diabetes

32. Historia endocrinológica

33. Historia cardiológica

34. Trauma en la columna vertebral

35. Genitales

36. Trauma en genitales

37. ¿Has utilizado métodos anticonceptivos: Si No

Preservativos Coitus interruptus Otros

38. ¿Has recibido algún tipo de información sexual? Si No

¿Cual y Donde?

SEXUAL

1. ¿Actividad sexual en la Infancia o Adolescencia con:

 NIÑOS NIÑAS NO HUBO

2. ¿De que tipo?

3. ¿Descubristes el CLITORIS?

 SI NO

4. Edad

5. Lo descubristes, tú Te lo enseñó alguien6. Sensación: Agradable Desagradable Otras

7. Aestimulación:

Edad, de la 1.^a vez Del clítoris De los pechos Otras zonas

FRECUENCIA

FANTASIAS.....

8. Edad de la 1.^a relación sexual Con un hombre Con una mujer9. Fué: Satisfactoria Insatisfactoria No recuerdo Otras10. Frecuencia: Varias veces al mes Varias veces a la semana Diariamente Más de una vez al día11. Apetito sexual: Ninguno Mucho Poco

12. Personas con las que te has relacionado sexualmente

13. Edad del primer coito

 Antes Después del matrimonio14. Sensación que te produjo éste: no recuerdo angustia tristeza alegría Relax Otras.....15. Durante el coito existe: Humedad vaginal Placer Dolor16. Posiciones que adoptas: La misma Distintas17. ¿Practicas coitos extravaginales? Si No Bucales Anales Otras formas18. Después del coito estás: Relajada Molesta Dolorosa

19. ¿Sueles conseguir el Orgasmo?
 Siempre Frecuentemente Nunca Ocasionalmente
20. Qué posición lo favorece
21. Cuando fué la primera vez, edad.....
22. Lo has fingido o lo finges: Si No A veces
23. Después del matrimonio ha habido autoestimulación: Si No
 ¿Cuándo? Cuando falta tu compañero
 Cuando quieres estar contigo
24. Se da el juego sexual en tus relaciones: Si No
25. Tiene importancia: Para ti
 Para tu compañero
 Para ambos
26. Que zonas de tu cuerpo te gustan que te acaricien:
 Cabeza, cuello
 Tronco, hombros, pechos, brazos, manos
 Pubis, labios, clítoris, vagina
 Nalgas
 Piernas, piés
27. Suele acariciarte tu compañero: Si No
28. Sueles tú, acariciarlo: Si No
29. Sueles ser en tus relaciones: Pasiva Activa
 Otras.....
30. Expresas tus deseos: Siempre Alguna vez Nunca
31. ¿Tienes sueños húmedos? Nunca A veces Siempre
32. ¿Hay fantasías en tus relaciones sexuales? Si No
 Tipo (describela).....
33. ¿Has recibido información sexual antes? Si No
 ¿Dónde?.....