



Cancer Detection Programs:
Every Woman Counts

Name _____

Date _____

Questions about THE HEALTH OF YOUR CERVIX

***Please answer these questions.
Mark an "X" in one of the boxes at the left.***

Yes No

1. Have you had an abnormal pap test?
2. Has your clinician asked you to come back for another Pap test in less than a year?
3. Have you ever had cancer of the cervix?
4. Have you ever had abnormal cells on the cervix?
5. Have you ever been treated for cancer or precancer?
6. Have you had sex with more than one person in your life?
7. Do you think your sex partner(s) has ever had sex with someone else besides you?
(That means in his or her life - not just right now.)
8. Did you smoke cigarettes in the last year?
9. Have you taken a steroid medicine for an illness?
(Prednisone is one you may have used.)
10. Have you ever been given an organ?
(Like a kidney, a heart or a liver.)
11. Has anyone ever told you that you have an STD (Sexually Transmitted Disease)?
(An STD is any of the diseases that people get from having sex, like syphilis, chlamydia, or herpes.)
12. Has anyone ever told you that you have genital herpes or genital warts?
(The kind that is below your waist and above your knees.)
13. Has anyone ever told you that you have HIV or AIDS?
14. Did you have sex before you turned 18?

I have talked about this questionnaire with the patient _____ / ____ / ____
Clinician initials Date

Please keep a copy of this questionnaire in the medical record for as long as the patient takes part in BCCCP.



Programas para la Detección del Cáncer:
Cada Mujer Vale

Nombre _____

Fecha _____

Preguntas sobre LA SALUD DE SU CERVIZ

**Por favor, conteste las preguntas siguientes.
Al lado izquierdo, marque con una "X" su respuesta.**

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Ha tenido alguna vez resultados anormales para algún examen Pap (el Papanicolau)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tiene que regresar antes del año a que le hagan otro examen Pap? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Alguna vez ha tenido cáncer de la cerviz? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Alguna vez le han encontrado cambios anormales en las células de la cerviz? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para cáncer o para las células anormales de la cerviz? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona durante el transcurso de su vida? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Cree usted que su pareja(s), con quien sostiene relaciones sexuales, haya tenido relaciones con otras personas? (Durante el transcurso de su vida.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Ha fumado cigarrillos durante los últimos 12 meses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Ha tomado algún medicamento con esteroides para curarse de alguna enfermedad? (Por ejemplo, tal vez haya tomado Prednisone.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Ha recibido usted algún órgano donado? (Por ejemplo, un riñón, corazón, o hígado.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Alguna vez le han dicho que usted tenía una enfermedad sexual? (Este tipo de enfermedad se contrae por medio de relaciones sexuales, como la sífilis, clamidia, o el herpes.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Alguna vez le han dicho que tiene herpes genital o verrugas genitales? (En la área pélvica.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Alguna vez le han dicho que tiene el VIH o SIDA? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Tuvo usted relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años? |

Hablé con la cliente sobre estas preguntas _____ / ____ / ____
(I have talked about this questionnaire with the patient.) Médico/Clinician initials Fecha/ Date

Please keep a copy of this questionnaire in the medical record for as long as the patient takes part in BCCCP.