

Contemporary Women's Care

Cuestionario de Chequeo Médico a Corto Plazo

Por favor suministrenos una actualización en su información. Escriba legible. Gracias.

Fecha ____/____/____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

de Teléfono de la Casa _____

de Teléfono de el Trabajo _____

de el Celular _____

Razón de el chequeo:

Ultimo Ciclo Menstrual (Primer dia) ____/____/____

Usted usa métodos anticonceptivos? Si No

Si su respuesta es si, Condones ____ Pildoras ____ IUD (T) ____ Depo Provera ____

Nuvaring ____ Diafragma ____ Ligadura de Trompas ____

Vasectomia (Pareja) ____ Essure ____

Por favor dejenos saber si hay algún cambio en la siguiente información:

Alguna Condición Médica **Nueva** ? Si No

Si su respuesta es Si, Por favor explique: _____

Alguna Cirugía **Nueva**? Si No

Si su respuesta es Si, Indiquela (Incluyendo Fechas: _____

Algún Medicamento **Nuevo**? Si No

(**Lo que toma diariamente incluyendo medicina que no es recetada y terapeuticas**)

Si su respuesta es Si, Indiquela (incluyendo cantidad): _____

Alguna Alergia **Nueva**? Si No

Si su respuesta es Si, Indiquela con la reacción: _____

Para el Uso de la Oficina:

Ht ____ Wt ____ BP ____ Urine ____ Icon ____ Temp ____