



Fecha: _____
 Nombre: _____
 Fecha de cumpleaños: ____/____/____ Edad: _____
 Cómo se identifica? Mujer Hombre Otro
 Ocupación: _____
 Nombre de la pareja: _____
 Nombre de su Médico General: _____
 Lenguaje: _____
 Raza: _____ Etnicidad: _____
 Quien la refirió: _____

Cual es el número telefónico al que le debemos llamar:

Casa: _____
 Trabajo: _____
 Celular: _____
 Correo Electrónico: _____

RAZÓN DE SU VISITA

HISTORIAL DE EXAMINES MÉDICOS Y GINECOLÓGICOS

Por favor enumerar año de prueba más reciente y compruebe si normales o anormales.

	Normales	Anormales
Papanicolado: _____ (Si papanicolado anormales, que tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia _____		
Mamograma: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonograma Pélvico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densidad Ósea: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Le han aplicado la serie de vacunas de Gardasil? Sí No
2. Primer día de la última menstruación: ____/____/____
3. Cuantos años tenía cuando le llego su primer ciclo menstrual? ____/____/____

Para uso de oficina solamente:

Ht: _____ Wt: _____
 BP: _____ Temp: _____
 Pap: _____
 Mammo: _____
 Breast U/S: _____
 Pelvic U/S: _____
 BD: _____

HISTORIA SEXUAL

1. Es sexualmente activa en el año pasado? Sí No
(Número de compañeros sexuales en el último año: _____)
2. Es sexualmente activa con: Hombre Mujer Ambos
3. Usa métodos anticonceptivos? Sí No

Si su respuesta es sí, que tipo:

- Condones Diafragma Essure Nuvaring
 Pastillas Depo Provera Planificación familiar natural Dispositivo Intrauterino (T)
 Ligadura de Trompas Vasectomía (compañero)

Alguna historia de:

- VPH PID Gonorrea Clamidia Herpes Tricomonas Sífilis Hepatitis
1. Quiere que le hagamos exámenes para detecta enfermedades de transmisión sexual? Sí No Inseguro
 2. Quiere que le hagamos el examen de la hepatitis C (Recomendado si nació 1945-1965)? Sí No Inseguro

Problemas Ginecológicos (Marque todos que aplican)

- Periodos menstruales irregulares
 Períodos menstruales dolorosos
 Síntomas premenstruales
 Dolor con el sexo
 Oleadas de calor
 Sequedad vaginal

Síntomas Urinarios (Marque todos que aplican)

- Ardor
 Va con frecuencia
 Sangre en la orina
 Se orina cuando tose, se ríe o estornuda
 Incontinencia
 Se despierta en la noche para orinar

HISTORIA OBSTÉTRICA

Cuantos embarazos a tenido: _____

Por favor especifique el número de embarazos para cada pregunta:

Cuantos están vivos: Prematuro: _____ A tiempo _____

Tipo de parto: Cesárea _____ Vaginal: _____ Parto vaginal después de cesárea: _____

Número de abortos no provocados: _____ Número de abortos provocados: _____ Embarazos Ectópicos: _____

Cuantos niños están vivos: _____ Niños adoptados: _____

Gemelos, trillizos o cuatrillizos? *Que tipo:* _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

Cirugía

Fecha de Cirugía

_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA MÉDICA

Usted tiene alguna historia personal de problemas de coagulación de la sangre? Sí No

HISTORIA SOCIAL

1. Estado Marital: Casada Unión Libre Soltera Divorciada Separada Viuda Comprometida
2. Usted bebe alcohol? Nunca Ocasionalmente Rutinariamente
3. Usted usa drogas ilícitas? Nunca Ocasionalmente Rutinariamente
4. Hace ejercicios? Nunca Ocasionalmente Rutinariamente
5. Usted fuma cigarrillos? Nunca Ocasionalmente Rutinariamente

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, marque todas las que aplican y el miembro de la familia (paterna o materna) que tiene la condición de la lista.

- Cáncer de seno: _____ Otro tipo de Cáncer: _____
- Cáncer de ovario: _____ Diabetes: _____
- Cáncer uterino: _____ Presión alta: _____
- Cáncer de colon _____ Osteoporosis: _____
- Problemas de coagulación de la sangre: _____

Usted o alguien de su familia se hicieron la prueba de BRCA? Sí No

MEDICAMENTOS Y DOSIS

Las que toma diariamente incluyendo sin receta médica y medicamentos recetados.

Medicamento

Dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALERGIAS Y REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS

PREGUNTAS PARA EL MÉDICO

POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE SE APLICAN AHORA:

Síntomas Sistémicos

- Cambio reciente en el peso
- Escalofríos
- Fiebre
- Malestar general
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas en los Ojos

- Problemas de visión
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas en los Oídos, Nariz y Garganta

- Por favor, liste algunos: _____
- Ninguno

Síntomas de los Senos

- Dolor en los senos
- Secreción del pezón
- Bulto en el seno
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Cardiovasculares

- Dolor en el pecho
- Frecuencia cardíaca rápida
- Palpitaciones del corazón
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Musculoesqueléticos

- Dolor de cuello
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Pulmonares

- Por favor, liste algunos: _____
- _____
- Ninguno

Síntomas Gastrointestinales

- Apetito
- Nauseas/Vómitos
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Endocrinos

- Sudoración excesiva
- Sed excesiva
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Neurológicos

- Mareo
- Vértigo
- Desmayo
- Dolor de cabeza
- Disturbios motores
- Disturbios sensoriales
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas Psicológicos

- Disturbios del sueño
- Ansiedad
- Depresión
- No quiere tener sexo
- Ninguno
- Otro: _____

Síntomas de la Piel

- Comezón excesiva
- Lesiones de piel
- Salpullido
- Ninguno
- Otro: _____

Por favor indique cualquier otro síntoma que le gustaría que nosotros supiéramos:
