

HISTORIA PERSONAL MEDICA

Su historia medica es confidencial y no sera transmitida a otras personas al menos de que usted nos autorize en hacerlo.

(Por Favor Escriba)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____ Telefono: (_____) _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lista de alergias que tiene: _____

HISTORIA MENSTRUAL

A que edad inicio su primer menstruacion: _____ Menstruacion viene cada _____ dias. La fecha de su ultima menstruacion comenzo?: _____ Si no es tipico,

Describe: _____

Numero de tampones o toallas hygienicas que usted usa en diario en dias pesados: _____

Tiene usted dolores estomacales con su menstruacion? Si / No

Alguna vez su menstruacion no le llego mensual? Si / No

En el ano pasado hay algunos cambios en su menstruacion, describa: _____

HISTORIA OBSTETRICA

Si usted nunca ha estado embarazada, proceda a la sigiente pagina de HISTORIA MEDICA

El ano pasado estuvo usted embarazada? Si / No Cuantas veces a estado embarazada? _____

Su edad en su primer embarazo? _____

Numero de: Embarazos terminos: _____ Partos prematuros: _____ Cesareas: _____

Aborto en forma natural o nacimiento del bebe sin vida: _____ abortos: _____

Edades de sus hijos? Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____

Edad _____

Alguno de sus hijos nacio con lesiones o problemas geneticos,

Describe: _____

Durante su embarazo, tuvo complicaciones o problemas? (por ejemplo)

Alta presion: Si / No

Diabetes: Si /No

DES: Si / No

Otro: _____

Despues de su embarazo; tuvo problemas o complicaciones? (por ejemplo)

Infeccion: _____ Sangrado excesivo _____

Otro: _____

HISTORIA GINECOLOGICA

Este es su primer examen pelvico? Si / No

Fecha del ultimo papanicolau: _____

Fecha del ultimo examen pelvico: _____

Alguna vez ha tenido un papanicolau anormal? Si / No

Si, su respuesta es si, porfavor describa: _____

Alguna vez usted ha tenido? Herpes: Si / No Gonorrea: Si / No Sifilis : Si / No

Clamidia: Si / No

Verrugas venerreas: Si / No

Otro: _____

Tiene secrecion anormal o picazon en la vagina? Si / No Si usted se ducha, con que frecuencia? _____

Tiene usted dolor o sangrado con actividad sexual? Si / No

Su mama tomo DES cuando estaba embarazada con usted? Si / No / No se

Tiene usted preguntas acerca de su sexualidad? _____

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Si usted esta utilizando actualmente anticoncepcion: Si/ No, que metodo? _____

Cuanto tiempo ha utilizado este metodo? _____ Problemas? (describa) _____

Coloque una marca de verificacion junto a los metodos que ha utilizado:

_____ pastillas

_____ espuma espermicida

_____ Esponja

_____ retiro

_____ diafragma

_____ DIU

_____ parche

_____ esteril

_____ Pareja esteril

_____ condon

_____ ritmos/planificacion familiar natural

_____ Anillo

Alguna vez tuvo problemas con estos metodos, (describa) _____

Si ahora, desea algun tipo de anticoncepcion? (indique de que metodo) _____

Desea tener hijos en el futuro? Si / No

HISTORIA MEDICA

Describe las hospitalizaciones que ha tenido? _____

Describe cualquier cirugia que usted ha tenido? _____

Lista de los actuales problemas medicos? _____

Lista de todos los medicamentos que usted toma en diario o regularmente (con o sin receta): _____

Tiene usted ahora o ha tenido lo siguiente:

Alta presion	Si / No	Dolores de cabeza frecuentes	Si / No
Cancer	Si / No	Enfermedades del corazon/ fiebre reumatica	Si / No
Problemas de vision	Si / No	Problemas pulmonares/ tuberculosis	Si / No
Hiperlipidemia	Si / No	Epilepsia o convulsiones	Si / No
Asma	Si / No	Ataques del corazon	Si / No
Hepatitis/enfermedades hepatica	Si / No	Masas en los pechos o descarga	Si / No
Flebitis/coagulos de las venas	Si / No	Mononucleosis	Si / No
Renales/ problemas de vejiga	Si / No	Enfermedad de varices	Si / No
Diabetes	Si / No	Sarampion/ Rubeola	Si / No
Enfermedades de tiroides	Si / No	Enfermedad de la vesicula	Si / No
Problemas de sange/anemia/enfermedad de celulas falciformes Si/ No			

Compruebe si usted fuma: Los cigarillos Si / No Cigarro Si / No Tubo Si /No Cuantos por dia?_____

Cree usted que ha tenido problemas de: Drogas o alcohol Si / No Problemas con alimentacion Si / No
Depresion/emocional Si / No

HISTORIA FAMILIAR

Es usted adoptada: Si / No

Quien de sus parientes de consanguineos tiene o ha tenido los siguientes problemas: (los padres, abuelos, hermanos, hermanas)

Ataque del corazon/enfermedad de la arteria coronaria _____ Diabetes _____

Cancer en los senos _____ Alta Presion _____ Cancer _____

La drepanocitosis/Tay Sachs/ Talasemia _____ Otro _____

Defectos de nacimientos/ problemas geneticos _____

Tiene alguna pregunta o comentarios adicional, use este espacio: _____

Por favor de leer y firmar: " Yo reconozco que mi informacion anterior es correcto y completo".

Firma de la Paciente

Fecha de Hoy