

MRN:

(Office Use Only)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial de Embarazo

Los embarazos totales #: _____ Niños #: _____

Edad: _____

Aborto: Espontáneo _____ Inducido _____ Ectópico _____

¿Hubo alguna complicación durante el período de embarazo, parto o post-parto?

Episiotomía Cesárea Sangrado Post-parto Depresión Laceraciones

Uso de Pinzas Pre eclampsia Diabetes Gestacional

Otra: _____

Historia Ginecológica

Primer día de su último período menstrual: _____

¿Qué edad tenía cuando comenzó su menstruación? _____

¿Cuántos días entre sus períodos? _____

¿Cuántos días de flujo menstrual? _____

¿Sigue teniendo períodos menstruales? Sí No

Si es así, son períodos: Ligeros Moderados Pesados Sangro a través de la protección

Preguntas Médicas

¿Tiene dolor con los períodos menstruales? Sí No

¿Son regulares sus períodos? Sí No

¿Alguna vez tiene más de 35 días entre períodos? Sí No

¿Tiene menos de 6 períodos en un año? Sí No

¿Tiene sangrado entre períodos? Sí No

¿Pasa coágulos en el flujo menstrual? Sí No

¿Tiene sangrado después de las relaciones sexuales? Sí No

¿Tiene antecedentes de anemia? Sí No

¿Ha tenido una transfusión de sangre? Sí No

¿Ha sido diagnosticada con fibromas? Sí No

¿Ha sido diagnosticada con pólipos en el útero? Sí No

Usted sufre de síndrome premenstrual (SPM)? Sí No

¿Tiene historia de endometriosis? Sí No

¿Tienes historia de dolores pélvicos? Sí No

¿Es ahora sexualmente activa? Sí No

¿Tiene alguna pregunta sobre el sexo que le gustaría preguntar? Sí No

MRN:

(Office Use Only)

Actividad Sexual

Número de parejas actuales Una Múltiples

Pareja (s) son: Hombre Mujer Ambos

¿Cuál es su método actual de control de la natalidad?

Ninguno Píldora Nuva Ring Planificación Natural Implantes

Condón Vasectomía Mirena IUD Copper T IUD

Depo-Provera Inyecciones Otro: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

Resultado: _____

¿Alguna vez ha tenido una citología vaginal anormal o una colposcopia? Sí No

¿Ha tenido algún tratamiento en el cuello uterino? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tratamiento?

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad (es)?

¿Tiene infecciones por levaduras (hongos vaginales) frecuentes? Sí No

¿Tiene infecciones vaginales recurrentes? Sí No

Operaciones/hospitalizaciones pasadas por favor indicar el año y la razón para la operación y hospitalización

Historial Médico

Por favor indique sus problemas médicos (por ejemplo, presión arterial alta, diabetes, etc...):

MRN:

(Office Use Only)

Los medicamentos actuales: (Enumere todos los medicamentos, suplementos sin receta y hierbas tomadas en los últimos 3 meses)

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Prescrito por	Iniciales del Revisor:

Alergias y Reacciones:

Historia Social

Actual y pasado consumo de alcohol (bebidas por semana): _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No

¿Ha recibido tratamiento por abuso de sustancias? Sí No

Si usted fuma: número de cigarrillos por día: _____

Uso de cigarrillo en el pasado (años): _____

Ejercicio (tipo, frecuencia, duración): _____

Describa su dieta: _____

¿Está perdiendo peso? Sí No

Seguridad personal:

¿Se siente segura en casa? Sí No

¿Alguien, incluyendo su pareja, la ha obligado a tener sexo? Sí No

¿Alguna vez ha sido abusada sexual, física o emocionalmente? Sí No

Mantenimiento de la salud y detección (Si usted ha tenido y conoce los resultados)

Fecha y resultado de la última mamografía: Fecha: _____ Resultado: _____

¿Alguna vez ha tenido una mamografía anormal, ultrasonido de las mamas o biopsia de mama?

Sí No

¿Hace mensualmente el autoexamen de mamas? Sí No

Fecha y resultado de la última prueba de VIH: Fecha: _____ Resultado: _____

Fecha de la última vacuna contra el VPH: Fecha: _____ Resultado: _____

Si sí, ¿ha recibido las tres inyecciones? Sí No

¿Tiene otro proveedor de cuidado primario que está cuidando de ti para chequeos regulares?

Sí No

MRN:

(Office Use Only)

Historia Familiar

Persona(s) relacionadas con usted (por ejemplo, madre, abuelo materno, etc.)

- Cáncer de Mama _____
- Cáncer de ovario _____
- Cáncer uterino _____
- Cáncer de colon _____
- Diabetes _____
- Colesterol alto _____
- Presión arterial alta _____
- Enfermedad del corazón _____
- Osteoporosis _____
- Menopausia Prematura _____
- Enfermedad de Alzheimer _____
- Otra: _____

Revisión de sistemas:

¿Usted está experimentando cualquiera de los síntomas siguientes?

Constitucional:

- Fatiga Sí No
- Fiebre Sí No
- Pérdida de peso no intencional Sí No
- Aumento de peso no intencional Sí No

Oído, Nariz, Boca y Garganta:

- Frecuentes hemorragias nasales Sí No
- Encías Sangrantes Sí No
- Úlcera dolorosa en la boca Sí No

Cardiovascular:

- Dolor de pecho Sí No
- Dolor en la Pantorrilla o falta de aire al caminar Sí No
- Palpitaciones Sí No
- Hinchazón de los pies y/o tobillos Sí No
- Rápido ritmo cardíaco Sí No

Respiratorio:

- Exposición a la Tuberculosis Sí No
- Aparición repentina de la respiración dolorosa y difícil Sí No
- Respiración con dificultad (silbido) Sí No
- Le falta la respiración Sí No

Gastrointestinal:

- Reflujo ácido/ardor de estómago Sí No
- Distensión abdominal Sí No

MRN:

(Office Use Only)

Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Náusea/Vómito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cambio en las evacuaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Genitourinario:		
Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Orina roja/rosa teñida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sensación de vaciado incompleto de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infecciones frecuentes de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Historia de piedras renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Musculo esquelético:		
Dolor en las articulaciones/Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Articulaciones están rígidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Piel:		
Acné	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lunares atípico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sensibilidad en las mamas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cambios de la piel de la mama/Masa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Secreción del pezón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Neurológico:		
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Temblores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas para caminar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hematológico:		
Fácil moretones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cortaduras que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El agrandamiento/inflamación de los ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Endocrino:		
Intolerancia de frío/calor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Crecimiento excesivo de vello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sed anormal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Psiquiátrico:		
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataques de llanto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión/tristeza prolongada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sentirse estresado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de interés en actividades placenteras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

MRN:

(Office Use Only)

Falta de Concentración
Perturbaciones del sueño
Pensamientos Suicidas

Sí No
 Sí No
 Sí No

Fecha de revisado

Firma del Proveedor