

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de la Visita:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Urología |
| <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Infertilidad |

Historial Médico (Marque las que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | <input type="checkbox"/> Historial de citologías anormales |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de Endocrinología |
| <input type="checkbox"/> Problema de reumatología | <input type="checkbox"/> Problemas de Gastroenterología |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Oculares |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas Urológicos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Historial Ginecológico (Marque las que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | <input type="checkbox"/> Fecha de su última citología _____ |
| <input type="checkbox"/> Fecha del primer día de su último período _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de su última mamografía _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad en la que tuvo su primer período _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de la última densitometría ósea _____ |
| <input type="checkbox"/> A qué edad tuvo a su primer hijo _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de su última colonoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> A qué edad comenzó la menopausia _____ | <input type="checkbox"/> Historial de Endometriosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Ciclo Menstrual _____ | <input type="checkbox"/> Historial de Fibromas _____ |
| <input type="checkbox"/> Duración del ciclo menstrual _____ | <input type="checkbox"/> Historial del síndrome de Ovario Poliquístico _____ |
| <input type="checkbox"/> Método de control anticonceptivo _____ | <input type="checkbox"/> Historial del enfermedad por transmisión sexual _____ |

Historial Obstétrico

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | <input type="checkbox"/> Embarazos Múltiples _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de embarazos _____ | <input type="checkbox"/> Aborto Inducido _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de abortos espontáneos _____ | <input type="checkbox"/> Partos prematuros _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazos completos _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazos ectópicos _____ | |

Historial de embarazos

Fecha de Nacimiento	Número de Fetos	Semana de Parto	Peso	Sexo	Tipo de Parto	Anestesia	Hospital

WEST KENDALL OB GYN

Medicación actual (Nombre y Dosis):

- NINGUNA
- _____
- _____
- _____
- _____

HISTORIA MÉDICA

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Reacciones Alérgicas

- NINGUNA
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Historia Social

- Fumador: ___ Actual ___ Anterior ___ Nunca
- Drogas ilícitas: ___ Sí ___ No
- Consumo de Alcohol: ___ Ocasional ___ Moderado ___ Fuerte ___ Ninguna
- Consumo de Cafeína: ___ Ocasional ___ Moderado ___ Fuerte ___ Ninguna
- Nivel de Ejercicio: ___ Ocasional ___ Moderado ___ Fuerte ___ Ninguna
- Estado Civil: ___ Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Viuda ___ Pareja de Hecho
- Education: ___ High School ___ College ___ Post-Graduate
- Ocupación: _____
- Es receptora de donación de sangre en caso de emergencia?: ___ Sí ___ No
- Religión: _____

Historia Familiar (Marque las que correspondan):

- NINGUNA
- Cáncer _____
- Seno _____
- Cervical _____
- Ovario _____
- Colon _____
- Uterino _____
- Diabetes _____
- Enfermedad del Corazón _____
- Presión Alta _____
- Osteoporosis _____
- Enfermedad de Tiroides _____
- Otros _____

Historia Quirúrgica (Marque las que correspondan):

- NINGUNA
- Aumento de Senos
- Reducción de Bustos
- Cirugía Plástica
- Histerectomía
- Extirpación de Ovario
- Amigdalectomía / Adenoides
- Colectomía
- Cirugía Cardíaca
- Cirugía Abdominal
- Cirugía de Vejiga
- Colposcopia
- Dilatación y Curetage
- Ablación Endometrial
- Ligadura de Trompas
- Laparoscopia
- LEEP