

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Médica

Número de expediente: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

¿Cuál es el motivo principal de la visita de hoy? (Indique a continuación o marque los casilleros en la derecha)

- Papanicolau
- Examen de los senos
- Mamograma
- Píldoras anticonceptivas
- Medicamentos con hormonas
- Infección vaginal

Historial obstétrico

NUNCA HE ESTADO EMBARAZADA

(G ____ P ____)

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido? _____

¿Cuántos hijos ha dado a luz? _____

¿Cuántos abortos ha tenido? _____

¿Cuántos nacieron de término (37 semanas o más)? _____

¿Cuántos hijos viven actualmente? _____

¿Cuántos nacieron en forma prematura (menos de 37 semanas)? _____

¿Cuántos pares de gemelos? _____

Historial ginecológico y menstrual

¿Cuándo fue el primer día de su último periodo menstrual? _____ / _____ / _____

NINGUNO

¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual? _____ años

¿Cuándo fue su último Papanicolau? (No hay problema en dar una fecha aproximada)

Mi último Papanicolau fue normal o anormal o no sé

¿Ha tenido algún Papanicolau anormal? Sí No

_____ / _____ / _____

NUNCA ME LO HE EFECTUADO

¿Cuándo fue su último Mamograma? (No hay problema en dar una fecha aproximada)

Mi último Mamograma fue normal o anormal o no sé

_____ / _____ / _____

NUNCA ME LO HE EFECTUADO

Marque las siguientes infecciones o enfermedades de transmisión sexual (STD o enfermedad venérea) que ha sufrido en el pasado.

- NINGUNA**
- Hepatitis (B o C)
- Vaginosis bacteriana (Gardnerella)
- Otras: _____
- Clamidia
- Sífilis
- Virus de papiloma humano (VPH)
- Herpes (genital u oral)
- Gonorrea (GC)
- Tricomoniasis

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? 0 1 - 4 5 o más.

¿Actualmente, tiene actividad sexual? Sí No

¿Qué tipo de control de la natalidad utiliza?

- NINGUNO**
- Preservativos
- Inyecciones de Depo-Provera (Fecha de la última inyección: _____)
- Método del ritmo / planificación familiar natural
- Método de retirada
- Película anticonceptiva
- Me efectuaron una Esterilización de las trompas (Ligadura de las trompas)
- Espermicida
- Píldoras anticonceptivas (Marca: _____)
- Me efectuaron una Histerectomía (Extirpación del útero)
- Norplant
- Parche anticonceptivo
- Mi pareja se efectuó una Vasectomía
- Diafragma
- Anillo anticonceptivo
- DIU
- Otro: _____

¿Ha experimentado la Menopausia? No, Sí (¿A qué edad? _____)

Medicamentos con hormonas: _____

Historial médico

(Marque sus siguientes problemas médicos)

NUNCA SE ME HAN DIAGNOSTICADO PROBLEMAS MÉDICOS

- Cáncer de senos (Mes/Año: _____)
- Diabetes
- Pérdida de control urinario
- Osteoporosis u Osteopenia
- Cáncer de ovarios (_____)
- Presión arterial alta
- Sangre en la orina
- Artritis
- Cáncer de colon (_____)
- Prolapso de la válvula mitral
- Infecciones frecuentes a la vejiga
- Depresión
- Cáncer de útero (_____)
- Enfermedad cardíaca
- Sequedad/ Picazón vaginal
- Ansiedad
- Cáncer cervical (_____)
- Ritmo cardíaco irregular
- Infecciones frecuentes en la vagina
- Abuso sexual
- Otro tipo de cáncer: _____
- Colesterol alto
- Relaciones sexuales dolorosas
- ¿Está segura ahora? S N
- Quimioterapia
- Asma
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
- Abuso doméstico
- Radioterapia
- Tiroides baja
- Hemorragia vaginal importante anormal
- ¿Está segura ahora? S N
- Coágulos de sangre
- Tiroides alta
- Fibromas uterinos
- Problemas siquiátricos
- ¿Dónde? _____
- Jaquecas
- Senos fibroquísticos
- Infarto
- Enfermedad con ataques
- Secreción del pezón
- Anemia
- Glaucoma
- Displasia cervical
- Otras: _____

EL PRESENTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL Y FORMA PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médica Número de expediente: _____
PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Historial quirúrgico (Marque las siguientes cirugías o procedimientos)

NUNCA ME HE SOMETIDO A UNA CIRUGÍA

- Ligadura de trompas
- Cesárea
- Histerectomía (Año: _____)
(Motivo: _____)
(abdominal o vaginal)
- Miomectomía, extirpación de fibromas
- Extirpación de ovarios
(Ambos, Izq., Der.)
- Cirugía de extirpación de quistes ováricos
(Ambos, Izq., Der.)
- Cirugía por embarazo ectópico
(abdominal, laparoscópica)
(Ambos, Izq., Der.)
- Cirugía de la vejiga
- Cirugía cervical:
 - Crioterapia (Aplicación de frío)
 - LEEP (Biopsia del cuello uterino con cable caliente)
 - Conización (Corte con cuchillo frío)
- Laparoscopia
- D&C (Dilatación y curetaje)
- Histeroscopia
- Ablación endometrial
- Cirugía vaginal
- Extirpación de protuberancias en el seno
(Ambos, Izq., Der.)
(Benigno o Maligno)
- Mastectomía
(Ambos, Izq., Der.)
- Implantar mamarianos, o Reducción
- Amigdalectomía
- Cirugía de la tiroides
- Cirugía cardíaca
- Cirugía del estómago
- Cirugía de los pulmones
- Cirugía del hígado
- Colectomía
- Apendicectomía (Apéndice)
- Esplenectomía (Bazo)
- Reparación de hernia umbilical
- Abdominoplastia
- Cirugía de colon
- Colonoscopia (Fecha: _____)
- Sigmoidoscopia (Fecha: _____)
- Cirugía de hemorroides
- Tracto GI inferior – Enema de bario
- Cirugía por fractura ósea (¿Qué huesos? _____)
- Cirugía de la columna (Nivel: _____)
- Densitometría ósea (DEXA) (Fecha: _____)
- Otras: _____

Antecedentes familiares (Marque los siguientes tipos de cáncer o indique las afecciones médicas que padecen los miembros de su familia)

	Sí	Ninguna	Edad	Relación (Abuelos, padre/madre, hermano/hermana, hijos, etc.)
Cáncer de senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer de ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otros problemas médicos en la familia:	_____			

Historial social (Marque los casilleros correspondientes)

- Estado civil: Soltero Casado Vive con su pareja Viudo Divorciado/ Separado
- Ocupación: _____ Ama de casa Estudiante Jubilado
- ¿Fuma tabaco / cigarros? No Sí: _____ (cajetillas o cigarros) diarios (o semanales) Dejó de fumar (Fecha: _____)
- ¿Bebe alcohol? No Sí: _____ tragos (diarios o semanales) Bebedor social, rara vez Dejó de beber (Fecha: _____)
- ¿Qué drogas ilícitas ha consumido? (Pregunta opcional) **NINGUNA** Marihuana Metanfetamina Otras: _____
 Cocaína, crack PCP, LSD
 Éxtasis, MDMA Morfina, heroína Dejó de usar todas las drogas ilícitas

¿Cuántos **MEDICAMENTOS** toma actualmente? **NO ESTOY TOMANDO MEDICAMENTOS**

Nombre del medicamento	Dosis (MG, gramos, JUL, etc.) y Frecuencia (una, dos veces al día, etc.)	Nombre del medicamento	Dosis (MG, gramos, JUL, etc.) y Frecuencia (una, dos veces al día, etc.)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Indique los **MEDICAMENTOS** a los que es **ALÉRGICO** y sus **REACCIONES**. **NO TENGO CONOCIMIENTO DE SER ALÉRGICO A ALGÚN FÁRMACO**

Nombre del medicamento al que es alérgico: _____ Tipo de reacción (erupción, urticaria, hinchazón, dificultad para respirar, etc.): _____

ALERGIA AL LÁTEX

EL PRESENTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL Y FORMA PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO

Firma del paciente: _____

Firma del proveedor médico: _____

8285 WEST ARBY AVE. #380
LAS VEGAS, NV 89113
702-366-1268