

HISTORIAL MEDICO

¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes condiciones? (circule Sí o No)

Fibroides uterinos	Sí / No	
Endometriosis	Sí / No	
Infertilidad	Sí / No	
Síndrome de ovario poliquístico	Sí / No	
Enfermedad pélvica inflamatoria	Sí / No	
Problemas en las mamas	Sí / No	
Cáncer de mama	Sí / No	
Cáncer cervical	Sí / No	
Cáncer uterino	Sí / No	
Cáncer de ovario	Sí / No	
Anemia	Sí / No	
Complicaciones con la anestesia	Sí / No	
Trastorno de ansiedad	Sí / No	
Artritis	Sí / No	
Asma	Sí / No	
Defecto congénito/enfermedad hereditaria	Sí / No	
Cáncer	Sí / No	
Trastorno de coagulación de la sangre	Sí / No	
Trombosis venosa profunda	Sí / No	
Depresión	Sí / No	
Diabetes	Sí / No	
Problemas gastrointestinales	Sí / No	
Dolores de cabeza o migrañas	Sí / No	
Condiciones cardíacas	Sí / No	
Hepatitis	Sí / No	
Presión arterial alta	Sí / No	
Problemas en el riñón o en la vejiga	Sí / No	
Enfermedad de los pulmones	Sí / No	
Condiciones psiquiátricas	Sí / No	
Embolia pulmonar	Sí / No	
Problemas de tiroides	Sí / No	
Otras:		

HISTORIAL SOCIAL

Ocupación:	
¿Aceptaría transfusiones de sangre?	Sí / No
¿Es sexualmente activo/a?	Sí / No
Estado civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____	
¿Fuma actualmente o ha fumado alguna vez? Número de paquetes por día:	Sí / No
¿Consume alcohol? ¿Cuántos vasos por día?	Sí / No
¿Consume drogas ilícitas? ¿Cuáles?	Sí / No
¿Hace ejercicio? Nunca _____ A veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____	

HISTORIAL GINECOLÓGICO

Fecha de su última menstruación	
Edad que tenía al momento de su primera menstruación	
Edad al momento de la menopausia, si es posmenopáusica	
Método anticonceptivo que usa actualmente	
Otros métodos anticonceptivos que ha usado en el pasado	
¿Ha tenido alguna ETS?	Sí / No
- Si tuvo alguna, ¿cuál fue el diagnóstico?	

Fecha de la última prueba de Papanicolaou	
¿Alguna vez obtuvo un resultado anormal al hacerse el PAP?	Sí / No
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? ¿Diagnóstico?	
Tratamiento:	
Fecha de su última mamografía	
Fecha de su última prueba de densidad ósea	
Fecha de su última colonoscopia	

HISTORIAL FAMILIAR

¿Algún familiar suyo tiene alguna de las siguientes condiciones? (madre, padre, hermano/a, hijo/a, abuelo, abuela, tío, tía)
(Círcule Sí o No) Relación Maternal o Paternal

Anemia	Sí / No	M / P
Trastorno hemorrágico	Sí / No	M / P
Cáncer de mama	Sí / No	M / P
Cáncer de colon	Sí / No	M / P
Diabetes	Sí / No	M / P
Cáncer de endometrio	Sí / No	M / P
Problemas cardíacos	Sí / No	M / P
Hipertensión	Sí / No	M / P
Osteoporosis	Sí / No	M / P
Cáncer de ovario	Sí / No	M / P
ACV	Sí / No	M / P
Cáncer de útero	Sí / No	M / P
Cáncer de páncreas	Sí / No	M / P
Otra:	Sí / No	M / P

HISTORIAL OBSTÉTRICO

Número total de embarazos	
Número de partos a término	
Número de partos prematuros	
Número de abortos	
Número de abortos espontáneos	
Número de embarazos ectópicos	
Peso al nacer del bebé más grande	
Número de partos por cesárea	
Número de partos naturales	

Por favor, **CIRCULE** todas las opciones que apliquen. Si no tiene ninguno de los síntomas a continuación enumerados, circule No.

General:

No tiene síntomas generales, como: Fiebre Fatiga Pérdida/Aumento importante de peso
Otro: _____

Cardiovascular:

No tiene síntomas cardiovasculares, como: Dolor en el pecho Palpitaciones Dificultad para respirar Inflamación
Otro: _____

Gastrointestinal:

No tiene síntomas gastrointestinales, como: Acidez estomacal Indigestión Dificultad para tragar Nauseas Vómitos
Dolor abdominal Diarrea
Otro: _____

Genitourinario:

No tiene síntomas genitourinarios, como: Sangre en la orina Sangrado abdominal Dolor de espalda Problemas para orinar
Frecuencia para orinar Urgencia para orinar Dolor para orinar Incontinencia Sarpullido Lesión
Secreción Hedor vaginal Picazón vaginal
Otro: _____

Endocrino:

No tiene síntomas endocrinos, como: Hambre incrementada Sed incrementada
Otro: _____

Ciclo menstrual:

No tiene síntomas menstruales, como: Cambios de humor Irritabilidad Tensión/Ansiedad Estado depresivo
Dolor/sensibilidad en las mamas Hinchazón Pérdida de control/Agobio

Otro: _____

Menopausia:

No tiene síntomas de menopausia, como: Sofocos Sudores nocturnos Sequedad vaginal Deterioro de la memoria
Dificultad para concentrarse

Otro: _____

Sexual:

No tiene problemas sexuales, como: Reducción del deseo sexual Disfunción orgásmica Dolor al tener sexo

Otro: _____

Psiquiátrico:

No tiene condiciones psiquiátricas, como: Depresión Ansiedad

Otro: _____