

ANTECEDENTES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Fecha _____			
Apellido, Primer nombre y Segundo nombre en imprenta _____		Edad _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____
		Código postal _____	
¿Motivo principal de la visita? _____			

¿Años de estudio? _____			

Nombre de la pareja _____ Edad _____ Ocupación _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Antecedentes médicos: ¿Tiene o alguna vez tuvo alguno de los siguientes problemas?: Encierre en un círculo

- | | | | |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Anemia | Dolores de cabeza | Quiste o tumor en los ovarios | Colesterol alto |
| Diabetes | Problemas de audición/visión | Accidente cerebrovascular | Enfermedades de la vesícula biliar |
| Gonorrrea | Problemas de salud mental | Trastornos hematológicos | Hepatitis |
| Herpes | Úlceras estomacales | Enfisema | Enfermedad hepática |
| Enfermedad pulmonar | Coágulos de sangre | Hemorroides | Neumonía |
| Fiebre reumática | Epilepsia/desmayos | Enfermedad renal | Crecimientos en el útero |
| Asma/bronquitis | Enfermedad cardíaca | Infecciones genitales | |
| Trastornos alimenticios | Hipertensión | Problemas de tiroides | |

Otros: _____

Antecedentes quirúrgicos: Enumere las operaciones que ha tenido y los motivos de las cirugías. Informe el año aproximado y enumérelas en orden cronológico, si es posible, incluidas amígdalas, dilatación y legrado, cesáreas, etc.

#1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

#6 _____

¿Ha tenido una transfusión de sangre? _____

¿Antecedentes de problemas médicos graves? ¿Ha estado hospitalizada?

Apellido, Primer nombre en imprenta _____ Fecha de nacimiento _____



Medicamentos: Enumere los medicamentos (de receta y de venta libre) que tome:

Medicamento	Cantidad	Frecuencia	Medicamento	Cantidad	Frecuencia

Alergias: Enumere los medicamentos y qué reacciones ha tenido: _____

Antecedentes familiares: ¿Algún familiar, incluidos sus padres, abuelos o hermanas ha tenido alguno de los siguientes?:
(enumere las personas):

Cáncer:	Persona	¿Qué edad tenía cuando tuvo la enfermedad?	¿Falleció a causa de la enfermedad?
Cáncer de mama			
Cáncer de ovarios			
Cáncer de color			
Cáncer uterino			
Otros tipos de cáncer:			
Diabetes		Enfermedad cardíaca	
Hipertensión		Enfermedad renal	
Enfermedad pulmonar		Coágulos de sangre	
Sangrado excesivo (por extracciones de dientes, parto, etc.)			

Mamas

¿Alguna vez se realizó una mamografía? _____ Fecha de la última mamografía: _____
¿Alguna vez le realizaron una biopsia de mamas? _____

Colon:

¿Alguna vez se realizó una colonoscopia? _____ Fecha de la última colonoscopia/resultado: _____

Densidad ósea:

¿Alguna vez se realizó una prueba de densidad ósea _____ Fecha: _____

Antecedentes de menstruación:

¿Cuál fue el primer día de su última menstruación normal? _____
¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____ ¿Cuánto duran sus ciclos menstruales habitualmente (28-30 días)? _____
¿Cuántos días promedio dura su menstruación? _____ ¿Tiene calambres? _____ ¿Tiene un flujo abundante? _____
Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____
¿Alguna vez tuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? _____ ¿Cuándo? _____

Si la respuesta es sí, explique: _____

Edad de la menopausia, si corresponde: _____ ¿Síntomas? _____

Antecedentes de métodos anticonceptivos (si corresponde):

Método actual _____ ¿Último que usó? _____

Problemas con métodos actuales o anteriores _____

Antecedentes de embarazos:

Cantidad: De embarazos _____ Nacidos vivos _____ Hijos vivos _____ Abortos espontáneos _____ Abortos terapéuticos _____
¿Qué edad tiene su hijo más chico? _____ Peso al nacer: Más grande _____ Más pequeño _____
Edad al momento del primer embarazo _____ ¿Qué problemas tuvo con los embarazos, partos o abortos anteriores? _____

Antecedentes sociales: ¿Fuma? _____ ¿Cuánto? _____

¿Cuánto alcohol bebe? _____

¿Qué drogas ha usado (marihuana, anfetaminas, cocaína, otra)? _____

¿Alguna vez compartió agujas? _____

En una escala del 1 al 10 (1=muy mala, 10=excelente), ¿cómo calificaría su situación laboral? _____ ¿Tiene hogar? _____

Si corresponde, ¿Cómo calificarías tu relación con tu cónyuge o pareja? _____

¿Alguna vez tuvo problemas en la actividad sexual? _____

¿Alguna vez resultó lastimada por tener relaciones sexuales? _____

¿Alguna vez la forzaron a tener relaciones sexuales? _____

¿Cuál es su altura? _____ ¿Peso reciente? _____ ¿Peso deseado? _____

¿Tiene preocupaciones especiales que quisiera discutir con el médico durante su visita? _____