

## 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
Gonorrea	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? \_\_\_\_\_