

ANTECEDENTES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Fecha _____

Apellido, Primer nombre y Segundo nombre en imprenta _____

Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____

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?

