

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
Gonorrhea	Problemas de salud mental	Trastornos hematológicos	Hepatitis
Herpes	Úlcera estomacal	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	

Encierre en un círculo los síntomas que tenga actualmente:

Fiebre/escalofríos	Sangrado anal	Ansiedad
Fatiga inusual	Se llena más rápido	Depresión
Cambios en el peso de más de 10 Libras	Acidez	Ataques de pánico
Falta de apetito,	Cambios en los hábitos intestinales	Sangrado sin explicación
Dolor en el pecho	Dolor abdominal	Sangre en la orina
Falta de aliento	Dolor/rigidez de las articulaciones	Frecuencia/presión/incontinencia urinaria
Tos crónica	Dolor al orinar	Secreción/sangrado vaginal
Tos con sangre	Moretones con facilidad	Sangrado después de las relaciones sexuales
Náuseas/vómitos	Inflamación de las articulaciones	Dolor al orinar
Diarrea/estreñimiento	Secreción/bulito en las mamas	Dolor durante las relaciones sexuales
Hinchazón	Sarpullido/picazón en la piel	Moretones con facilidad
Otros: _____		Ganglios inflamados

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?

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:	Personas	¿Qué edad tenía cuando tuvo la enfermedad?	¿Falleció a causa de la enfermedad?
Cáncer de mama			
Cáncer de ovarios			
Cáncer de color			
Cáncer uterín			
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? _____