

## 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	

**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 la articulaciones	Dolor al orinar
Diarrea/estreñimiento	Secreción/bulto en las mamas	Dolor durante las relaciones sexuales
Hinchazón	Sarpullido/picazón en la piel	Moretones con facilidad
		Ganglios inflamados

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_