



Charles K. Anderson, MD  
 Audrey P. Garrett, MD. MPH  
 Jennifer C. Gordon, MD  
 Kathleen Y. Yang, MD

Linn Bergander, PA-C, MPH  
 Jenny Fisher, PA-C  
 Patty Brisco, ANP - BC

## 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         |                                    |

**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                     |
| 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:	Persona	¿Qué edad tenía cuando tuvo la enfermedad?	¿Falleció a causa de la enfermedad?
Cáncer de mama			
Cáncer de ovarios			
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? \_\_\_\_\_