



## Formulario de Seguimiento de Ginecología

Nombre:		Fecha:	
Médico de Atención Primaria:		Fecha de Nacimiento:	
Razon por la visita:			
Comentarios:			
<b>¿Cuál es su estado actual de fumar?</b> <input type="checkbox"/> Fumador actual todos los días <input type="checkbox"/> Fumador actual algunos días <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca he fumado			
<b>Desde su última visita, ¿ha visto algún otro médico/proveedor?</b> (Marqué) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que sí, llene la siguiente información:			
Nombre de Médico:		Razon por la visita:	
Por favor nombre cualquier y todos los cambios de medicamentos desde su última visita:			
Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
<b>Desde su última visita, ha tenido cirugías o enfermedades importantes?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, describe:			
<b>Desde su última visita, ¿ha tenido algún análisis de sangre o estudios de radiología?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, describe:			
Nombre del Revisor:		Firma del Revisor:	



REVISIÓN DE SISTEMAS							
Porfavor Responda "sí" si ha experimentado alguno de los siguientes síntomas desde su última visita:							
		Si	No			Si	No
<b>Constitucional</b>	Fatiga			<b>Urinario</b>	Urgencia		
	Fiebre				Frecuencia		
	Pérdida de peso / ganancia				Disuria (dolor al orinar)		
	Sudores nocturnos				Incontinencia		
	Cambios en el apetito			<b>Piel</b>	Cambios en lunares/lesiones existentes		
<b>Ginecológico</b>	Sangrado vaginal				Salpullido		
	Desecho vaginal			Comezón			
	Dolor pélvico			<b>ENT</b>	Disminución de audición		
Comezón vaginal			Dolor de garganta				
<b>Ojos</b>	Usa lentes			<b>Musculoesquelético</b>	Dolores musculares		
	Usa lentes de contacto				Artritis		
	Visión borrosa				Dolor de espalda cronico		
<b>Neurológico</b>	Debilidad			<b>Gastrointestinal</b>	Náusea		
	Mareo				Vomito		
	Vértigo				Diarrea		
	Dolores de cabeza				Estreñimiento		
	Si es así, de qué tipo? <input type="checkbox"/> seno <input type="checkbox"/> migraña <input type="checkbox"/> tensión			<b>Endocrino</b>	Bochornos		
<b>Pechos</b>	Bultos				Caída del cabello / Crecimiento		
	Sensibilidad			Intolerancia al frío			
	Desecho/Secreción del pezón			Intolerancia al calor			
<b>Cardiovascular</b>	Dolor de pecho			<b>Psiquiátrico</b>	Ansiedad		
	Latido del corazón irregular				Depresión		
	Palpitaciones				Dificultad para dormir		
	Hinchazón de las piernas				<b>Hematológico/linfático</b>	Moretones con facilidad	
<b>Respiratorio</b>	Falta de aliento			Sangrado excesivo			
	Resollando			<b>Alérgico/Inmunológico</b>	Síntomas de alergia		
	Tos				<b>Factores de riesgo del VIH</b> (uso de drogas por medio de jeringa, comportamiento sexual de alto riesgo)		
<b>Preocupaciones / preguntas / comentarios adicionales:</b>							
<b>Nombre del Revisor:</b>				<b>Firma del Revisor:</b>			

