



HISTORIA OBSTETRICA					
¿Cuántas veces ha estado embarazada?			¿Cuántos niños ha dado a luz?		
¿Cuántos abortos involuntarios ha tenido?			¿Cuántos partos vaginales? ¿Cuántos cesáreas?		
¿Necesitó un D & C?			¿Alguna vez ha tenido un embarazo ectópico/tubárico?		
Si es así, ¿cuántos?			En caso afirmativo, ¿cuántos y qué tratamiento se realizó?		
¿Alguna vez terminaste un embarazo?			¿Estás planeando tener más hijos en el futuro?		
Si es así, ¿cuántos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
HISTORIA MENSTRUAL					
First Day of last menstrual period: Check if normal amount/duration: <input type="checkbox"/>			Do you have monthly menstrual cycles? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
How certain are you of your last menstrual cycle? <input type="checkbox"/> Definite <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Approximate (month known)			Number of days between periods:		
Age when periods began:			Do You Have Problems With You Menstrual Cycle? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, What?		
Do you have heavy bleeding with your cycle? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please explain:			Do you have pain with your menstrual cycles? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please explain:		
HISTORIAL MÉDICO					
Por favor marque cualquier problema médico actual o pasado de usted mismo:					
	Si	No		Si	No
Diabetes			Derrame cerebral		
Hipertensión			Asma		
Enfermedad del corazón			Problemas pulmonares		
Desorden autoimmune			Alergias estacionales		
Enfermedad del riñon			Enfermedad neurológica		
Convulsiones			Ansiedad		
Depresión			Enfermedad de la piel		
Hepatitis			Enfermedad del hígado		
Coágulos de sangre en las piernas/pulmones			Venas de araña		
Desorden de los Tiroides			Trauma		
Violencia Doméstica			Historia de una transfusión de sangre		
Dolor crónico			Desorden sangrante		
Complicaciones anestésicas			Esterilidad		
Cáncer			Si es cancer, ¿de qué tipo?		
Otro:					
Comentarios:					



HISTORIA QUIRÚRGICA

Por favor apunte todas las cirugías que haya tenido e incluya cesáreas, D&C, y cualquier procedimiento:

Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía	Motivo de la cirugía

MEDICAMENTOS ACTUALES

Indique cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo vitaminas prenatales, píldoras anticonceptivas, Tylenol, Advil, Aspirina, medicamentos a base de hierbas y medicamentos sin receta

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿a qué?	¿Qué tipo de reacción tiene?
¿Tiene alguna alergia a los alimentos/látex? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿a qué?	¿Qué tipo de reacción tiene?

HISTORIA SOCIAL

¿Usas tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Que tipo? <input type="checkbox"/> cigarrillos <input type="checkbox"/> masticar	¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
¿Usaste tabaco anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuantos años?	¿Cuándo renunciaste?
¿Usas alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
¿Usas drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Qué tipo: <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otra		¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
Ocupación:	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		
Lugar de empleo:			



HISTORIA FAMILIAR			
	Si	No	
Está su madre viviendo?			Indique cualquier condición médica por la cual está siendo tratada o ha tenido:
¿Cuál es su edad actual o edad en el momento de muerte?			
Está su padre viviendo?			Indique cualquier condición médica por la cual está siendo tratado o ha tenido:
¿Cuál es su edad actual o edad en el momento de muerte?			
¿Tiene hermanos o hermanas?			Por favor, nombre cualquier condición médica:
Historia del cáncer de ovario?			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Historia del cáncer de mama?			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Historia del cáncer de colon			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Historia del cáncer uterino?			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Historia de hipertensión?			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Historia de diabetes?			Si es así, ¿qué miembros de la familia?
Por favor nombre cualquier otra enfermedad familiar:			
Comentarios:			



REVISIÓN DE SISTEMAS					
Por favor confirme cualquier síntoma que haya tenido en el último mes					
	Si	No		Si	No
Constitucional	Fatiga		Urinario	Urgencia	
	Fiebre			Frecuencia	
	Pérdida/ganancia de peso			Disuria (dolor al orinar)	
	Sudores nocturnos			Incontinencia	
	Cambios en el apetito		Piel	Cambios en lunares/lesiones existentes	
Ginecológico	Sangrado vaginal			Salpullido	
	Desecho vaginal			Comezón	
	Dolor pélvico		ENT	Disminución de audición	
	Comezón vaginal			Dolor de garganta	
Ojos	Usa lentes		Musculoesquelético	Dolores musculares	
	Usa lentes de contacto			Artritis	
	Visión borrosa			Dolor de espalda crónico	
Neurológico	Debilidad		Gastrointestinal	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			Endocrine	Sofocos	
Pechos	Bultos			Caída/crecimiento del cabello	
	Sensibilidad			Intolerancia al frío	
	Desecho/Secreción del pezón			Intolerancia al calor	
Cardiovascular	Dolor de pecho		Psiquiátrico	Ansiedad	
	Latido del corazón irregular			Depresión	
	Palpitaciones			Dificultad para dormir	
	Hinchazón de las piernas		Hematológico/linfático	Moretones con facilidad	
Respiratorio	Falta de aliento			Sangrado excesivo	
	Resollando		Alérgico/Inmunológico	Síntomas de alergia	
	Toz		Factores de riesgo del VIH (uso de drogas por medio de jeringa, comportamiento sexual de alto riesgo)		
Comentarios:					
Nombre del Revisor:			Firma del Revisor:		