

Formulario de historial médico



Nombre:		Fecha de nacimiento: / /		Fecha:	
LIMITACIÓN DE CUIDADO:		<input type="checkbox"/> Discapacidad:			
Se necesita un traductor de este idioma:		<input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Lengua de signos americana <input type="checkbox"/> Otro:	
Otras preferencias:					
MEDICAMENTOS ACTUALES: Enumere todos los medicamentos actuales y de venta libre que toma					
HISTORIAL MÉDICO: Seleccione todo lo que corresponda					
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad, depresión <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Problemas mamarios <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda/Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Fibromas <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal		<input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Otro: Especifique	
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Cáncer endometrial <input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios <input type="checkbox"/> Cáncer de recto <input type="checkbox"/> Cáncer uterino <input type="checkbox"/> Otro: Especifique					
ALERGIAS: Enumere todas las alergias a medicamentos conocidas					
<input type="checkbox"/> No tengo alergias a medicamentos					
HISTORIAL					
Pruebas de ginecología: Responda todo lo que aplique			MENSTRUACIÓN: Si tiene menopausia, saltee esta parte		
† Última prueba de Papanicoláu / /		† Edad de inicio: ¿A qué edad comenzó a menstruar? años de edad		† Último período menstrual: ¿Cuál fue la fecha de su último período? / /	
† Resultado de la última prueba de Papanicoláu [] Normal [] Anormal [] Nunca se hizo Papanicoláu		† Tiempo entre períodos: [] Irregular [] 21-32 días de diferencia [] <21 días de diferencia [] 33-44 días de diferencia [] > 45 días de diferencia		† Duración: ¿Cuánto dura su período? [] <7 días [] 2-7 días [] 3 días	
† Última prueba de VPH / /		† Uso de toallitas o tampones por día: [] 1-3 por día [] 4-6 por día [] 7 + por día		† ¿Cómo describiría su período? Con: [] Dolor intenso [] Malestar leve [] Dolor moderado [] Sin dolor moderado [] Poca sangre [] Mucha sangre	
† Última colposcopia / /		† Tratamiento: [] Ninguno [] Hormonal [] De venta libre		† SÍNTOMAS MENSTRUALES: Seleccione todo lo que corresponda [] Ninguno [] Dolores de cabeza [] Hinchazón [] Irritabilidad [] Migrañas [] Aumento de peso [] Cambios de humor [] Náuseas	
† Última mamografía / /		† AUTOEXAMEN MAMARIO		† Calambres: [] Leves [] Moderados [] Intensos	
† Última ecografía pélvica / /		† ¿Se realiza autoexámenes mamarios? [] Mensualmente [] A veces [] No me realizo			
† Última colonoscopia / /					
† Fecha del último análisis de sangre / /					
† MENOPAUSIA: Si tiene menopausia					
† A qué edad comenzó: años de edad					
† Síntomas menopáusicos actuales: [] Ninguno [] Sofocos [] Pérdida de memoria [] Dolor de cabeza [] Irritabilidad [] Aumento de peso [] Pérdida de la libido [] Sequedad vaginal [] Otro: Especifique					

Formulario de historial médico



Nombre:				Fecha de nacimiento: / /				
MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Especifique								
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Nexplanon	<input type="checkbox"/> Anillo Nuva	<input type="checkbox"/> DIU Kyleena	<input type="checkbox"/> Condomes	<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral	<input type="checkbox"/> DIU Liletta	
<input type="checkbox"/> Depo-Provera	<input type="checkbox"/> Parche Ortho Evra	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> DIU Mirena	<input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales	<input type="checkbox"/> Espermicida	<input type="checkbox"/> Método de retiro	<input type="checkbox"/> DIU Paragard	
		<input type="checkbox"/> Método de retiro	<input type="checkbox"/> DIU Skyla					
ACTIVIDAD SEXUAL: Especifique								
<input type="checkbox"/> Sexualmente activa en el presente				<input type="checkbox"/> No estoy sexualmente activa en el presente				
†Edad de la primera actividad sexual		años de edad		†Cantidad total de parejas en su vida		Especifique _____		
Actualmente o en el pasado, he tenido relaciones sexuales con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos, hombres y mujeres								
¿Ha intentado quedar embarazada sin éxito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): Especifique								
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (VPH) <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Virus del herpes simple (VHS) <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)								
INCONTINENCIA URINARIA								
¿Alguna vez pierde orina al toser, estornudar, reír o hacer ejercicio?				<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez pierde orina en el camino al baño o no puede llegar al baño a tiempo?				<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
¿Va al baño con frecuencia más de siete veces al día o se levanta más de dos veces por la noche?				<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
Otro:								
HISTORIAL								
Cantidad total de embarazos				Total de hijos vivos				
Cantidad de embarazos a término (37 semanas o más)				Cantidad de embarazos pretérmino (menos de 37 semanas)				
Cantidad de abortos involuntarios/voluntarios				Cantidad de embarazos ectópicos (tubáricos)				
Complete lo siguiente lo mejor que pueda con respecto a sus embarazos anteriores:								
	Fecha MES / AÑO	SEXO	SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	TIPO de PARTO	PESO DE NACIMIENTO	ANESTESIA	DURACIÓN del TRABAJO DE PARTO	AUMENTO DE PESO
Embarazo 1		M F		Vaginal Cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
Embarazo 2		M F		Vaginal Cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
Embarazo 3		M F		Vaginal Cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
Embarazo 4		M F		Vaginal Cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								

Formulario de historial médico



Nombre:	Fecha de nacimiento: / /
----------------	------------------------------------

HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere todas las cirugías y cesáreas que recibió (incluidas cirugías menores) en orden cronológico

Niega haber recibido cirugías o cesáreas

Mes/Año	Tipo de cirugía

HOSPITALIZACIÓN: Indique cualquier hospitalización

Niega cualquier hospitalización Consulte el historial quirúrgico más arriba

Mes/Año	Especifique:

HISTORIAL FAMILIAR: Marque todo lo que corresponda para los miembros de la familia correspondientes colocando una "X" en las casillas correspondientes.

Paciente adoptado

	Corazón	Diabetes	Hipertensión	Mama	Ovárico	Corazón	Colon	Derrame cerebral	Enfermedad mental
Madre									
Padre									
Abuela materna									
Abuelo materno									
Abuela paterna									
Abuelo paterno									
Hija									
Hijo									
Hermana									
Hermano									

Enumere todos los demás trastornos genéticos familiares y especifique la relación:

HISTORIAL SOCIAL

Tabaco: ¿Fuma tabaco? No fumo Sí, fumo actualmente Fumaba antes

¿Fumadora?

Si la respuesta es sí, responde lo siguiente:

¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? Todos los días Algunos días, pero no todos

Si fuma actualmente: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

5 o menos 6-10 11-20 21-30 31 o más

¿Le interesa dejar de fumar? Sí, me siento lista para dejar Estoy pensando en dejar de fumar No estoy lista para dejar de fumar

No fuma tabaco: No fumo tabaco, pero actualmente:

Uso un cigarrillo electrónico Uso un vaporizador Fumo marihuana

Formulario de historial médico



Nombre:		Fecha de nacimiento: / /	
HISTORIAL SOCIAL			
Alcohol:			
✦ ¿Tomó una bebida que contenía alcohol el año pasado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ Si es así, ¿con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol durante el año pasado?		<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Una vez al menos o menos
		<input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana	<input type="checkbox"/> 4 o más veces por semana
Drogas			
✦ ¿Ha consumido otras drogas que no sean las antes mencionadas por razones médicas en el último año?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ En caso afirmativo, seleccione todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Opiáceos recetados	<input type="checkbox"/> LSD
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Ketamina	<input type="checkbox"/> Éxtasis	<input type="checkbox"/> Crack
<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Metanfetamina		
✦ Si es así, ¿hace cuántos meses consumió dicha droga?		Hace [] meses	
✦ ¿Participa en un programa de tratamiento?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ ¿Sigue consumiendo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ ¿Hay un menor de 18 años o menos en su casa?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ ¿Cuántos niños menores de 18 años hay en su casa?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros:			
Ocupación:			
Describe su ingesta de cafeína:			
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> 1-2 tazas por día	<input type="checkbox"/> 2-3 tazas al día	
<input type="checkbox"/> 3-4 tazas al día	<input type="checkbox"/> Más de 4 tazas al día		
¿Algún antecedente de violencia doméstica?			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> En el pasado	<input type="checkbox"/> Hay una orden de restricción	
<input type="checkbox"/> Me siento insegura en casa	<input type="checkbox"/> Tengo un plan de seguridad		
¿Algún antecedente de abuso verbal?			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Frecuente	
<input type="checkbox"/> Estoy buscando asesoramiento	<input type="checkbox"/> Tengo un plan de seguridad		
✦ ¿Su pareja la ha amenazado alguna vez o la ha hecho sentir miedo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
✦ ¿Su pareja o alguien importante para usted la lastima física o emocionalmente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VACUNAS: ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas?			
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
DTAP	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Gripe	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Gardasil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Tétanos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
¿Se opondría a productos sanguíneos en caso de emergencia?			
✦ Elija solo una opción:		<input type="checkbox"/> No, no me opondré a los productos sanguíneos.	<input type="checkbox"/> Sí, me opondré a los productos sanguíneos.
Nombre de la paciente: (en letra de imprenta)			Fecha
Firma de la paciente:			