

Formulario de historial médico

Nombre:	Fecha de nacimiento: / /	Fecha:
Asistencia especial necesaria para la atención	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Ayuda para levantarse <input type="checkbox"/> Accesibilidad para sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Otra _____	
MEDICAMENTOS ACTUALES: Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma actualmente, incluida la dosis y la frecuencia.		
ALERGIAS:		
<input type="checkbox"/> No tengo alergias conocidas <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como Advil y Aleve. <input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Vacuna contra la tos ferina <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas <input type="checkbox"/> Lidocaína <input type="checkbox"/> Salicilatos <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Succinimidas <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Sulfamidas <input type="checkbox"/> Nueces
HISTORIAL MÉDICO: (Seleccione todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune <input type="checkbox"/> Exposición al dietilestilbestrol (DES) <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)/Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre/Coagulación <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP) (coágulo de sangre en la pierna/pulmones) <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales (problemas intestinales/SII) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
		<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Cáncer de recto <input type="checkbox"/> Deficiencia visual o auditiva

HISTORIAL GINECOLÓGICO: (Seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Problemas en las mamas
<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico (SOP)	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama
<input type="checkbox"/> Cáncer uterino	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino
<input type="checkbox"/> Fibromas	<input type="checkbox"/> Cáncer endometrial
<input type="checkbox"/> Enfermedad pélvica inflamatoria	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios
HISTORIAL QUIRÚRGICO: (Seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Apendicectomía
<input type="checkbox"/> Reducción de mamas	<input type="checkbox"/> Cirugía de mamas
<input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera
<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Laparoscopia	<input type="checkbox"/> Ablación uterina
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla
<input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral
<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera	<input type="checkbox"/> Cesárea
<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Cirugía bucal	
<input type="checkbox"/> Cirugía de hombro	
<input type="checkbox"/> Aumento de mamas	<input type="checkbox"/> Biopsia de mamas
<input type="checkbox"/> Histeroscopia	<input type="checkbox"/> Cirugía de pie
<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Extirpación de los ovarios
MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Responda todas las opciones que correspondan con la fecha y los resultados.	
Última prueba de Papanicolaou	
Última prueba de VPH	
Antecedentes de Papanicolaou anormal En caso de respuesta afirmativa, indique el tratamiento.	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Congelación <input type="checkbox"/> Procedimiento de extirpación electroquirúrgico de lazo (LEEP, por sus siglas en inglés)/Biopsia en cono
Últimos análisis de rutina	
Última mamografía	
Última colonoscopia	
Última densitometría ósea/DEXA	
HISTORIAL MENSTRUAL: si TIENE ciclos menstruales, responda lo siguiente. De lo contrario, pase a la siguiente sección.	
¿A qué edad comenzó a menstruar?	
¿Cuál fue la fecha de su último período?	
¿Cuánto dura su ciclo?	<input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Entre 21 y 32 días <input type="checkbox"/> Menos de 21 días <input type="checkbox"/> Entre 33 y 44 días <input type="checkbox"/> Más de 45 días
¿Cuánto dura su período?	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 7 días <input type="checkbox"/> Más de 7 días
¿Cómo describiría su flujo menstrual?	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante
¿Tiene dolores o calambres asociados con los períodos?	<input type="checkbox"/> Sin dolor ni calambres <input type="checkbox"/> Malestar leve <input type="checkbox"/> Malestar moderado <input type="checkbox"/> Dolores o calambres fuertes
Otros síntomas asociados con su período	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Problemas intestinales
HISTORIAL MENSTRUAL: si NO TIENE ciclos menstruales, responda lo siguiente.	
Razón por la que no tiene el período	<input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Embarazo/Lactancia <input type="checkbox"/> DIU colocado <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Desconocido
Menopausia: ¿A qué edad le ocurrió?	
Menopausia: Cualquier síntoma menopáusico actual	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sofocos/Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Disminución de la libido <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal
Menopausia: ¿Sigue algún tratamiento?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hormonas <input type="checkbox"/> Tratamientos de venta libre
DIU: ¿Qué tipo de DIU tiene?	<input type="checkbox"/> Mirena <input type="checkbox"/> Liletta <input type="checkbox"/> Kyleena <input type="checkbox"/> Skyla <input type="checkbox"/> Paragard <input type="checkbox"/> Desconozco
DIU: ¿Cuándo se lo colocó?	
ANTECEDENTES SEXUALES	
¿Alguna vez ha sido sexualmente activa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)
Actualmente, ¿es sexualmente activa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Edad de la primera relación sexual	
¿Ha tenido más de 5 parejas sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales <input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo <input type="checkbox"/> Anillo vaginal anticonceptivo <input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Nexplanon <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Histerectomía
¿Alguna vez le han diagnosticado una infección de transmisión sexual (ITS)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (VPH) <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Virus del herpes simple (HSV) <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 inmunodeficiencia humana (VIH)

SALUD DE LA VEJIGA

¿Alguna vez tiene pérdidas de 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
¿Tiene antecedentes de infecciones urinarias recurrentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Va al baño con frecuencia o se levanta varias veces por la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL OBSTÉTRICO

Cantidad total de embarazos		Total de hijos vivos	
Cantidad de embarazos a término (37 semanas o más)		Cantidad de embarazos prematuros (menos de 37 semanas)	
Cantidad de abortos espontáneos/abortos		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 o F		Vaginal o cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
EMBARAZO 2		M o F		Vaginal o cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
EMBARAZO 3		M o F		Vaginal o cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								
EMBARAZO 4		M o F		Vaginal o cesárea	libras onzas			
Comentarios y complicaciones:								

HISTORIAL FAMILIAR: Marque todas las opciones que correspondan Historia familiar desconocida/Adoptada

Estado de salud	Madre	Padre	Hermana	Hija	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno
Trastorno hemorrágico								
Enfermedad cardíaca								
Diabetes								
Hipertensión								
Cáncer de mama								
Cáncer de ovarios								
Cáncer de colon								
Cáncer uterino								
Derrame cerebral								
Trastorno de la tiroides								
Osteoporosis								
Enfermedades autoinmunes								
Trastorno mental								
Otro								

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

HISTORIAL SOCIAL							
Tabaco y cigarrillos							
¿Consume o ha consumido cigarrillos o productos con tabaco?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)			
Edad en la que empezó a fumar							
Tipo de producto				<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico <input type="checkbox"/> Vaporizador <input type="checkbox"/> Tabaco masticable			
Cantidad de consumo				<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Algunos días, pero no todos los días <input type="checkbox"/> 5 o menos al día <input type="checkbox"/> Entre 6 y 10 al día <input type="checkbox"/> Entre 11 y 20 al día <input type="checkbox"/> Entre 21 y 30 al día <input type="checkbox"/> Más de 31 al día			
Exfumadora: Edad en la que dejó de fumar							
Alcohol							
¿Ha tomado alguna bebida con alcohol en el último año?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)			
¿Con qué frecuencia bebió alcohol el año pasado?				<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 veces al mes <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 o más veces por semana			
Drogas recreativas							
¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)			
Tipo de consumo				<input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Éxtasis <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Ketamina <input type="checkbox"/> Otra _____			
¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que consumió?							
¿Con qué frecuencia consume?							
¿Le interesa un programa de tratamiento?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura			
Violencia/Abuso doméstico							
¿Alguna vez ha experimentado o experimenta actualmente algún tipo de abuso?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)			
Tipo de abuso y situación				<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual			
Situación de abuso				<input type="checkbox"/> Quedó en el pasado <input type="checkbox"/> Tiene una orden de restricción <input type="checkbox"/> Me siento insegura en casa <input type="checkbox"/> Tenga un plan de seguridad			
¿Alguna vez su pareja la amenazó o le hizo sentir miedo?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Su pareja o alguien importante para usted la lastimó física o emocionalmente?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro							
¿Se opondría a productos sanguíneos en el caso de una emergencia?				<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	Gardasil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Tdap	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año	Gripe	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año
Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año	COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____