



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PCP: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES/MÉDICOS**

Ansiedad/Depresión  Sí  No

Anemia  Sí  No

Asma/afección pulmonar  Sí  No

Artritis  Sí  No

Trastorno hemorrágico  Sí  No

Problemas intestinales  Sí  No

Cáncer: \_\_\_\_\_

Diabetes  Sí  No

Colesterol elevado  Sí  No

Endometriosis/SOP  Sí  No

Enfermedad cardíaca  Sí  No

Presión arterial alta  Sí  No

Cefaleas  Sí  No

Enfermedad renal/cálculos  Sí  No

Enfermedad hepática/Hepatitis  Sí  No

Golpe  Sí  No

Trastorno de la tiroides  Sí  No

Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Casado/Soltero/Divorciado/Viudo/Separado

Humo:  Sí  Sin Packs por día: \_\_\_\_\_

Alcohol:  Sí  ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Drogas callejeras: \_\_\_\_\_

Marihuana:  Médico  Recreativo

Orientación sexual: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS: INCLUYE LA REACCIÓN A LA MEDICACIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA GINECOLÓGICA**

Última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

Última mamografías: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

Última colonoscopia: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

Última DEXA (ósea): \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

¿Tratamiento previo para las pruebas de Papanicolaou anormales?

Colpo  Criogénico  LEEP  Conización  N/A

Última menstruación: \_\_\_\_\_

Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_

Los períodos ocurren cada \_\_\_\_\_ días y duran \_\_\_\_\_ días

Pesado  Coágulos  Dolor  Calambres  Sangrado irregular

Promedio # de toallas sanitarias/tampones usados por día: \_\_\_\_\_

Menopáusico:  Sí  No comenzó la Edad: \_\_\_\_\_

Histerectomía:  Sí  ¿No cuándo? \_\_\_\_\_

Quejas de:  Dolor en los senos  Esterilidad  Fibromas  Quistes ováricos

Dolor con el coito  Infecciones vaginales  Pérdida de orina

**¿Alguna vez te han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?**

Gonorrea  Sí  No

Clamidia  Sí  No

Herpes (genital)  Sí  No

VPH/Verrugas genitales  Sí  No

Hepatitis B o C  Sí  No

VIH  Sí  No

Sífilis  Sí  No

Número de parejas sexuales (a lo largo de la vida): \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo actual: \_\_\_\_\_

Método(s) anticonceptivo(s) previo(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE EMBARAZO

Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Ectópicos: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_

Fecha	Edad gestacional	Peso al nacer	Género	Cesárea o vaginal	Trabajo de parto temprano	Complicaciones

## ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Ablación Fecha: \_\_\_\_\_

Laparoscopia Fecha: \_\_\_\_\_

Cirugía de mama Fecha: \_\_\_\_\_

Extirpación de ovarios Fecha: \_\_\_\_\_

D&C Fecha: \_\_\_\_\_

Ligadura Fecha: \_\_\_\_\_

Histerectomía Fecha: \_\_\_\_\_

Apendicectomía  Cirugía de espalda  Intestino  Extirpación de fibromas  Vesícula biliar  Amigdalectomía

Otro: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Cáncer de mama  Sí  No Miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Cáncer de ovario  Sí  Sin miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Cáncer de colon  Sí  No Miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES

Haz una lista de todos los medicamentos que tomas diariamente

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_