

Historia clínica – Obstetricia y Ginecología

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido (sobrenombre): _____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____

Nombre del médico de atención primaria /proveedor que deriva: _____

Lista de todos los médicos lo atienden (equipo de atención): _____

Motivo de la consulta en el día de hoy: _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Qué desencadena los síntomas? _____

¿Qué hace mejorar los síntomas? _____

Califique su dolor 0-10 (0= sin dolor y 10=máximo dolor): _____

¿Qué tratamiento recibió para los síntomas? _____

HISTORIAL OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

Última citología vaginal Fecha: _____ Fecha de la última densitometría ósea _____

Citología vaginal anormal: Sí No Date: _____

Última mamografía Fecha: _____ Fecha de la última colonoscopia: _____

Mamografía anormal: Sí No Fecha: _____

Edad del primer período menstrual: _____ Fecha del último examen anual: _____

Fecha del último período menstrual o edad en la que comenzó la menopausia: _____

Método actual de control de la natalidad (trace un círculo alrededor de una opción):

Píldoras	Parche	Nuvaring	Depo-Provera	DIU	
Ligadura de trompas	Vasectomía	Preservativos	Menopausia	Histerectomía	Ninguno

Número de embarazos: _____ Nacimientos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos provocados: _____

<u>Fecha</u>	<u>A término/ Prematuro</u>	<u>Tipo de parto</u>	<u>Sexo</u>	<u>Peso al nacer</u>
		<u>Aborto provocado / Aborto espontáneo</u> <u>Vaginal / Cesárea</u>		
1.º _____	Término/Pre	A / E / V / C	M / F	____ libras ____ oz
2.º _____	Término/Pre	A / E / V / C	M / F	____ libras ____ oz
3.º _____	Término/Pre	A / E / V / C	M / F	____ libras ____ oz

ALERGIAS Haga una lista de todas las alergias a medicamentos o alimentos y de la reacción:

<u>ALERGIA</u>	<u>REACCIÓN</u>
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS Haga una lista de todos los medicamentos que usa actualmente (incluya los medicamentos de venta sin receta como por ejemplo, las vitaminas):

<u>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>FRECUENCIA DIARIA</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR Indique si alguno de sus familiares tiene alguno de los problemas médicos indicados a continuación y cuál es la relación que tiene con usted:

	Relación
<input type="checkbox"/> Fue adoptado	
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	
<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Aneurisma	
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/ Trombosis venosa profunda	
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre	
<input type="checkbox"/> Cáncer del seno	
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	
<input type="checkbox"/> Demencia	
<input type="checkbox"/> Trastorno de depresión	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/> Enfisema	
<input type="checkbox"/> Historia familiar de cáncer	

	Relación
<input type="checkbox"/> Trastorno gastrointestinal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/ Ataque al corazón	
<input type="checkbox"/> Hipertensión, presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Migraña	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	
<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar	
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral, ACV o apoplejía	
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	

HISTORIA SOCIAL

Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
Uso de tabaco	¿Usa actualmente tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usó tabaco en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Durante cuánto tiempo? _____ Año en que dejó de usar tabaco: _____ <input type="checkbox"/> Cigarrillos-___/día <input type="checkbox"/> Mascar-___/día <input type="checkbox"/> Cigarros-___/día
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso ¿Cuántos días durante el último año tuvo un consumo intenso de alcohol (más de 4 en el caso de las mujeres o de 5 en el caso de los hombres)? _____
Consumo de cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso Número de tazas/latas por día _____
Uso/abuso de drogas ilegales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de abuso de droga: _____ Años de uso de drogas ilegales: _____
Empleo	Ocupación: _____ Empleador: _____
¿Se siente seguro(a) en su casa?	
¿Acepta transfusiones en una casos de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Directiva anticipada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL QUIRÚRGICO ¿Se ha sometido alguna vez a alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos?:

	Año		Año		Año
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal		<input type="checkbox"/> Cistoscopia		<input type="checkbox"/> Procedimiento de extirpación electroquirúrgico de lazo	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda		<input type="checkbox"/> Ablación endometrial		<input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica	
<input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica		<input type="checkbox"/> Extracción de las trompas de Falopio		<input type="checkbox"/> Cistectomía ovárica	
<input type="checkbox"/> Mastectomía bilateral		<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula		<input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios	
<input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga		<input type="checkbox"/> Cirugía gastrointestinal		<input type="checkbox"/> Cirugía plástica	
<input type="checkbox"/> Biopsia de mama		<input type="checkbox"/> Cirugía ginecológica		<input type="checkbox"/> Cirugía de los senos nasales	
<input type="checkbox"/> Implantes de seno		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Resección de intestino delgado	
<input type="checkbox"/> Cirugía de mama		<input type="checkbox"/> Histerectomía parcial		<input type="checkbox"/> Cirugía tiroidea	
<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer		<input type="checkbox"/> Histerectomía total		<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	
<input type="checkbox"/> Cesárea		<input type="checkbox"/> Histeroscopia		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	
<input type="checkbox"/> Circuncisión		<input type="checkbox"/> Cirugía del riñón		<input type="checkbox"/> Cirugía urológica	
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon		<input type="checkbox"/> Laparoscopia			

Si tiene cualquier otra condición médica o se sometió a cualquier otro procedimiento quirúrgico, informe al personal de enfermería.

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR ¿Le han dicho alguna vez que tuvo alguno de los siguientes trastornos o enfermedades? *Seleccione "Sí" si lo(la) tuvo en el pasado o lo(la) tiene ahora.*

	Sí	No		Sí	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión/Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virus del papiloma humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hemorrágico/ Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Staphylococcus aureus resistente a la metilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral, ACV o apoplejía/ ataque o accidente isquémico transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno tiroideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibroma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

<p>Marque todo lo que corresponda:</p> <p style="text-align: center;">Constitucional</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aumento de peso</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso</p> <p style="text-align: center;">Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lunares anormales</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Erupciones</p> <p style="text-align: center;">Ojos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Irritación</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en la visión</p> <p style="text-align: center;">OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de audición</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de oído</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de nariz/sinusales</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronquido</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Boca seca</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras bucales</p> <p style="text-align: center;">Respiratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Producción de esputo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Toser con sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sibilancia</p> <p style="text-align: center;">Cardiovascular</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Palpitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar al caminar o estar acostado</p> <p style="text-align: center;">Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acidez</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para tragar</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en el movimiento intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado rectal</p>	<p style="text-align: center;">Genitourinario</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de costado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas para orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Erupción</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lesión</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Flujo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Olor vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prurito vaginal</p> <p style="text-align: center;">Pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bultos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en apariencia del pezón</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción del pezón</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor axilar/ bultos en axilas</p> <p style="text-align: center;">Endocrino</p> <p style="text-align: center;"><u>Menstrual</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas menstruales</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trast. disfórico premenstrual</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios de humor</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Irritabilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tensión/Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ánimo deprimido</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad/ dolor en pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Distensión</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sentirse abrumado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Calambres</p> <p style="text-align: center;"><u>Menopáusico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sofocos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sudores nocturnos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sequedad de mucosa vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Deterioro de la memoria</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Deterioro de concentración</p> <p style="text-align: center;"><u>Sexual</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Menos libido</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disfunción orgásmica</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor durante el coito</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penetración dificultosa</p>	<p style="text-align: center;">Musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores musculares</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor articular</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de espalda</p> <p style="text-align: center;">Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de conciencia</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Adormecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones</p> <p style="text-align: center;">Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de espalda</p> <p style="text-align: center;">Hematológico / Linfático</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glándulas inflamadas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Moretones</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado excesivo</p> <p style="text-align: center;">Alérgico / Inmunológico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Goteo nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Urticaria</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estornudos frecuentes</p>
---	---	--