

Antecedentes médicos

Nombre _____

Historia N° _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de hoy _____

Género: Femenino Masculino Transexual (pronombre que prefiere: _____)

Sírvase completar este cuestionario (frente y dorso) con la mayor precisión posible, respondiendo sólo las preguntas aplicables a su caso.
ESTA INFORMACIÓN TENDRÁ CARÁCTER CONFIDENCIAL.

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____ Primer día de su último período menstrual: _____

ANTECEDENTES SOBRE MEDICAMENTOS:

¿Toma algún medicamento o usa alguna droga **regularmente**? Sí NO

En caso afirmativo, de qué tipo y por qué motivo _____

¿Ha tomado algún medicamento o droga de cualquier tipo **hoy**? Sí NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo y por qué razón? _____

¿Alguna vez padeció alguna de las siguientes afecciones?

SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado o úlceras rectales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos en las venas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos epilépticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores en los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virus del papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasgo drepanocítico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea al dormir (falta de respiración al dormir)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores testiculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas y dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nódulos tiroideos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibroma en el útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quistes ováricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras gastrointestinales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del tracto urinario, frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía			

En caso afirmativo, explíquelo. _____

ALERGIAS:

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí NO En caso afirmativo, ¿a qué medicamento y qué ocurre cuando lo toma? _____

¿Es alérgico al látex o a los mariscos? Sí NO En caso afirmativo, ¿a cuál y qué le ocurre? _____

ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES:

¿Alguna vez se sometió a una cirugía? Sí NO En caso afirmativo, anote el año y el motivo _____

¿Alguna vez fue hospitalizado? Sí NO En caso afirmativo, anote el año y el motivo, debe incluir el parto _____

¿Ha tenido problemas con la anestesia? NO Sí: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Alguno de los miembros de su familia tuvo alguna de las siguientes enfermedades?: Cáncer, diabetes, presión arterial alta, ataque cardíaco, apoplejía o alguna otra enfermedad grave

Madre No Sí – indique cuál enfermedad _____

Padre No Sí – indique cuál enfermedad _____

Abuela No Sí – indique cuál enfermedad _____

Abuelo No Sí – indique cuál enfermedad _____

Hermanos No Sí – indique cuál enfermedad _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Vacunas:

¿Ha tenido rubéola (sarampión alemán) o se ha vacunado contra esta enfermedad? Sí NO NO SÉ

¿Ha tenido hepatitis B o se ha vacunado contra esta enfermedad? Sí NO NO SÉ

¿Se ha vacunado contra el virus del papiloma humano (VPH)? Sí NO NO SÉ

USO DE TABACO:

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? SÍ NO Si respondió sí, es usted fumador a actualmente lo fue en el pasado

Si es fumador/a actual:

1. ¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? todos los días algunos días pero no todos
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? 5 o menos 6-10 11-20 21-30 31 o más
3. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo? en los primeros 5 min. 6-30 min. 31-60 min. después de 60 min
4. ¿Le interesa dejarlo? estoy listo/a para dejarlo estoy pensando en dejarlo no estoy listo/a para dejarlo

Si solía ser fumador/a: ¿Cuánto hace que dejó de fumar?

<1 mes 1-3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1-5 años 5-10 años >10 años

USO DE ALCOHOL: ¿Toma bebidas alcohólicas? NO ocasionalmente todos los días

USO DE DROGAS: Uso de marihuana: SÍ NO Si respondió sí, ocasionalmente regularmente

¿Ha usado alguna vez drogas intravenosas? SÍ NO ¿Alguna vez tuvo una pareja sexual que usara drogas intravenosas? SÍ NO

ANTECEDENTES SEXUALES:

¿A qué edad comenzó a tener actividad sexual? _____ Nunca he sido sexualmente activo/a

¿Ha tenido actividad sexual en los últimos seis meses? SÍ NO

En caso afirmativo: Es usted sexualmente activo/a con (marque todos los que apliquen) hombres mujeres personas transexuales

¿Cuántos compañeros sexuales tiene actualmente? _____

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en los últimos seis meses? _____ ¿En su vida? _____

¿Utiliza condones para protegerse contra el VIH u otras infecciones de transmisión sexual? SÍ NO a veces

ANTECEDENTES DE RELACIONES: ¿Sabía usted que su relación afecta su salud? Por eso les preguntamos a todos acerca de sus relaciones.

En el último año: (Encierre en un círculo una respuesta para cada frase)

Mi compañero se negó a usar un condón:

Nunca, Rara vez, A veces, Con frecuencia, Siempre N/C

Mi pareja me amenazó o me intimidó:

Nunca, Rara vez, A veces, Con frecuencia, Siempre

Mi compañero se mete con mis anticonceptivos o trata de que quede embarazada cuando no quiero estarlo:

Nunca, Rara vez, A veces, Con frecuencia, Siempre N/C

Mi pareja me golpeó, me abofeteó o me causó daño físico:

Nunca, Rara vez, A veces, Con frecuencia, Siempre

Mi pareja me obligó a tener relaciones sexuales cuando yo no quería:

Nunca, Rara vez, A veces, Con frecuencia, Siempre

En toda la vida:

¿Alguien lo/la ha forzado a tener relaciones sexuales alguna vez en su vida? SÍ NO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____

¿Ha tenido algún sangrado importante o pequeño desde su último período? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Su menstruación se produce cada 21-35 días? SÍ NO

¿Durante cuántos días tiene sangrado? _____ El sangrado es leve moderado abundante

ANTECEDENTES DE PAPANICOLAU:

¿Alguna vez se realizó una prueba de Pap? (prueba de cáncer cervical) SÍ NO ¿Cuándo fue la última vez que se la hizo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Se sometió a algún tratamiento? Colposcopia Crioterapia LEEP Otro _____

¿Su madre tomaba DES mientras estaba embarazada de usted? SÍ NO NO SÉ

¿Alguna vez tuvo una infección de transmisión sexual (ITS)? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

Clamidia Gonorrea Tricomoniasis Sífilis Herpes VIH Otra: _____

¿Alguna vez tuvo una pareja sexual que tuviera una infección de transmisión sexual (ITS)? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál ITS? _____

¿Ha usado alguna vez métodos anticonceptivos? SÍ NO

¿Qué método? condones píldoras anillo NuvaRing parche Ortho Evra Depo-Provera

esponja anticonceptiva diafragma Dispositivo intrauterino Norplant Implanon Otro _____

¿Alguna vez tuvo problemas con alguno de estos métodos? SÍ NO En caso afirmativo, ¿qué problema? _____

¿Qué método usa actualmente para prevenir el embarazo? _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

¿Tiene hijos? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

¿Cuántos embarazos ha tenido? (incluso hoy) _____ Número de cesáreas _____ FECHAS _____

Número de nacidos vivos _____ FECHAS _____

Número de abortos espontáneos _____ FECHAS _____

Número de abortos _____ Día o año aproximada _____ (sin contar hoy)

Número de embarazos tubáricos (ectópicos) _____ FECHAS _____

¿Alguna vez tuvo problemas con un parto o un aborto? SÍ NO En caso afirmativo, explíquelo _____

¿Está usted amamantando actualmente? SÍ NO

PRUEBAS DE VIH:

¿Alguna vez se realizó una prueba de VIH? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuándo se realizó la última prueba? _____

¿Desea que se le realice una prueba de VIH hoy? SÍ NO