

HISTORIA MÉDICA FEMENINA

NOMBRE DE LA
PACIENTE _____
NÚM. DE INFORME
MÉDICO _____

FECHA DE HOY _____

CLÍNICA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

ALERGIAS

¿Es usted alérgica a cualquier fármaco o medicamento, incluyendo la anestesia? Sí No

¿Es usted alérgica al látex? Sí No ¿Es usted alérgica al yodo o a los mariscos? Sí No
Si contestó Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor escriba el medicamento y el tipo de reacción: -

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos o fármacos que está tomando ahora o que toma frecuentemente incluyendo los medicamentos de venta con receta, métodos anticonceptivos, medicamentos de venta libre, medicamentos de hierbas, vitaminas, minerales o suplementos:

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

Marque si USTED tiene ahora o ha tenido en el pasado:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PAP (Prueba de Papanicolau) anormal | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del seno | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Masa en el seno | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa o Crohn's |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Fallo renal |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad y/o tumor del hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la cuello uterino | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Migraña |
| | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco |
| <input type="checkbox"/> DVT (siglas en inglés de Trombosis profunda de las venas y/o coágulos de sangre en las piernas) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Síndrome de poliquístico ovario |
| Exposición a DES (siglas en inglés de Dietilstilbestrol) | <input type="checkbox"/> EPI (Enfermedad pélvica inflamatoria) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de las drogas y/o alcohol | <input type="checkbox"/> Embolio pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación | <input type="checkbox"/> Ataque apoplético y/o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Fibroides | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesicular biliar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> ITU (Infección del tracto urinario) recurrente |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Vaginitis recurrente |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas: _____ | |

HISTORIA QUIRÚRGICA ANTERIOR

Marque si USTED ha tenido alguna de estas cirugías o procedimientos:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Reparación de una hernia |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del seno | <input type="checkbox"/> D & C (dilatación y curetaje) | <input type="checkbox"/> Biopsia del hígado |
| <input type="checkbox"/> Ligación de los tubos | <input type="checkbox"/> Cirugía a bajar peso | |
| <input type="checkbox"/> TAH/BSO (Histerectomía abdominal total con salpingo oforectomía bilateral) | | |
| <input type="checkbox"/> Otra cirugía: _____ | | |

HISTORIA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

¿Alguna vez le han hecho una prueba pap? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Fue normal? _____

¿Alguna vez le han hecho una mamografía? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Fue normal? _____

HISTORIA FAMILIAR

Indique cuál de sus parientes por sangre (**Padres, Hermanos, Hermanas, Hijos SOLAMENTE**) tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

Si usted fue ADOPTADA y no conoce la historia biológica de su familia, SALTE esta sección.

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ |
| Tipo: _____ | | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor describa: _____ | | | |

HISTORIA DE LAS VACUNAS

Marque las vacunas que ha recibido:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> VPH (virus de papilloma humana) | <input type="checkbox"/> Tétano |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> MMR y/o rubéola (sarampión, paperas y rubéola) | <input type="checkbox"/> Varicela |

HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS

¿Usted ya ha usado un método anticonceptivo en algún momento? Liste: _____

¿Ha tenido algunos problemas con otros métodos de control de la natalidad? _____

¿Está planificando un embarazo en el próximo año? No Sí

HISTORIA MENSTRUAL

No ha comenzado a su período Empezando la menopausia Postmenopáusica: último período, hace ___ años (salte a la próxima sección)

¿Cuántos años tenía cuando le empezaron los períodos? _____

¿Con cuánta frecuencia tiene su período? menos de cada mes cada mes más que cada mes

¿Sus períodos son: regulares? irregulares?

Usualmente, ¿cuántos días dura? _____ Su flujo es: leve moderado fuerte

HISTORIA DE EMBARAZO(S)

Nunca ha estado embarazada (salte a la próxima sección)

Embarazos totales _____ Nacimientos _____ Malpartos _____ Abortos planificados _____ Ectópicos _____
Cesáreas _____ Número de hijos vivos _____

¿Tuvo algún problema con un embarazo, o después de un nacimiento o aborto? Sí No

HISTORIA SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer personales pero nos ayudan a evaluar su salud. Toda la información es confidencial.

Todavía no ha tenido relaciones sexuales

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en el último año? _____

¿Ha tenido un compañero sexual nuevo durante el último año? No Sí

¿Su(s) compañero(s) es(son) Hombres Mujeres Ambos

¿El (los) compañero(s) de su(s) compañero(s) es (son): Hombres Mujeres Ambos No se sabe

¿Su compañero es monógamo? No Sí No se sabe

¿Su contacto sexual es (✓ todos los que apliquen): Vaginal Oral Anal Otro _____

¿Usa usted condones? Siempre A veces Nunca

¿Ha estado expuesta a una infección transmitida sexualmente? No Sí _____ No se sabe

¿Su compañero ha tenido algún síntoma durante los últimos 60 días? No Sí _____ No se sabe

¿Alguna vez ha compartido agujas (tatuaje, uso intravenoso de drogas, etcétera)? No Sí _____

¿Usted ha tenido relaciones sexuales con alguien que comparte agujas? No Sí No se sabe

¿Obtuvo una transfusión de sangre antes de 1985? No Sí _____

USO DE LAS SUSTANCIAS

¿Alguna vez ha usado drogas de la calle, recreacionales o intravenosas? Sí No Si contestó Sí, ¿cuál? _____

¿Actualmente usa drogas de la calle, recreacionales o intravenosas? Sí No Si contestó Sí, ¿cuál? _____

¿Fuma cigarrillos? Sí No Si contestó Sí, ¿cuántas y/o con qué frecuencia? _____

¿Usa usted otros tipos de tabaco? Sí No Si contestó Sí, ¿cuáles y/o con qué frecuencia? _____

¿Bebe alcohol? Sí No Si contestó Sí, ¿con qué frecuencia y/o cuánto? _____

¿Siente que tiene un problema con las drogas o el alcohol? Sí No ¿Por qué? _____

ESTILO DE VIDA Y/O RETOS Y/O APOYO

¿Algún cambio reciente importante en la vida? Sí No Si contestó Sí, ¿cuál? _____

¿Algunas inquietudes acerca del peso o de comer? Sí No Si contestó Sí, ¿cuál? _____

¿La están abusando sexual, física o emocionalmente? Sí No

¿La están esforzando a hacer algo contra su voluntad? Sí No Si contestó Sí, ¿cuál? _____

¿Tiene usted un buen sistema de apoyo? Sí No Si contestó Sí, ¿quién? _____

¿Come usted una dieta saludable? Sí No ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No

¿Trabaja usted? Sí No Si contestó Sí: Tiempo completo Tiempo parcial

¿Es estudiante? Sí No

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque si está teniendo alguno de estos síntomas ahora, o si los tiene muy frecuentemente:

Constitucional

- No Sí Aumento de peso (sin explicar, más de 20 libras en el último año)
 No Sí Pérdida de peso (sin explicar, más de 20 libras en el último año)
 No Sí Sudores nocturnos y/o calores repentinos y/o fiebres y/o escalofríos
 No Sí Cansancio y/o letargo y/o malestar

Respiratorio

- No Sí Tos crónica
 No Sí Respiración entrecortada

Cardíaco y/o Cerebrovascular

- No Sí Dolor de pecho
 No Sí Palpitaciones y/o latidos irregulares del corazón
 No Sí Sincope y/o desmayo

Genitourinario

- No Sí Dolor al orinar y/o disuria
 No Sí Escape de orina y/o incontinencia
 No Sí Frecuencia urinaria
 No Sí Dolor con las relaciones sexuales u otros problemas sexuales
 No Sí Sangrado vaginal anormal
 No Sí Manchas de sangre entre los períodos

Piel y/o seno

- No Sí Erupción
 No Sí Lesión de la piel
 No Sí Nódulo en un seno
 No Sí Dolor del seno
 No Sí Desecho del pezón

Psiquiátrico

- No Sí Poco interés o placer al hacer las cosas
 No Sí Sensaciones de tristeza, deprimida o sin esperanza
 No Sí Sensación de suicidio
 No Sí Está viendo a un terapeuta o psiquiatra

Gastrointestinal

- No Sí Dolor abdominal
 No Sí Estreñimiento
 No Sí Diarrea
 No Sí Náuseas y/o vómitos
 No Sí Sangrado del recto

- No Sí Picazón vulvovaginal
 No Sí Dolor de la pelvis
 No Sí Descarga vaginal
 No Sí Dolor con los períodos

Endócrina

- No Sí Intolerancia al frío o calor
 No Sí Exceso de hambre, sed u orina

Neurológico

- No Sí Dolor de cabeza
 No Sí Disturbios visuales
 No Sí Debilidad

Firma del paciente: _____

Fecha: _____