

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, explique qué preocupaciones le han traído hoy aquí. _____

Antecedentes ginecológicos

I. Ciclo menstrual

¿Cómo fue el primer día de tu última menstruación?	
¿Has pasado por la menopausia?	Si No
En caso afirmativo, ¿a qué edad?	Edad
¿Cuántos días dura la regla?	días
¿Con qué frecuencia te viene la regla?	Todos los días
¿Cómo describirías el flujo de tu periodo?	Ligero, Normal, Pesado
¿Tienes cólicos o dolor con la menstruación?	Si No
En caso afirmativo, ¿cómo calificaría su dolor, siendo 10 el peor?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿Tienes dolor pélvico NO asociado con tu ciclo o con el sexo vaginal?	Si No
En caso afirmativo, ¿cómo calificaría su dolor, siendo 10 el peor?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II. Parto y actividad sexual

¿Alguna vez has estado embarazada?	Si No
Número de embarazos	
Número de abortos espontáneos	
Número de interrupciones del embarazo	
¿Alguna vez has dado a luz a un niño?	Si No
Número de partos vaginales	
Número de cesáreas	
¿Eres sexualmente activo?	Si No
¿Tienes dolor con la actividad sexual vaginal?	Si No
En caso afirmativo, ¿cómo calificaría su dolor, siendo 10 el peor?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Si alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual, indique cuál/es: NINGUNA (VPH, VIH, herpes, clamidia, gonorrea, verrugas genitales,)	Otro:
¿Qué tipo de anticonceptivo está utilizando AHORA? , indique cuál/es: NINGUNO (Píldora, DIU, implante, anillo vaginal, parche, inyección, ligadura de trompas, Essure, vasectomía en pareja, condón, diafragma)	Otro:

III. Salud de la vejiga y los intestinos

¿Tiene problemas de incontinencia urinaria (incapacidad para controlar la micción)?	Si No
¿Tiene problemas de incontinencia fecal (incapacidad para controlar las deposiciones)?	Sí No

La información anterior fue revisada con el paciente.

Firma del proveedor: _____ Fecha: ____/____/____

Etiqueta del paciente
NOMBRE
DOB

AMY GARCIA, MD
GINECOLOGÍA

IV. Salud de los senos

¿Alguna vez te has hecho una mamografía?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuándo fue su último examen?	Fecha:	
¿Alguna vez te has hecho una mamografía anormal?	Sí	No
¿Alguna vez te has hecho una mamografía anormal?		

V. Salud cervical, uterina y ovárica

¿Cuándo fue la última prueba de Papanicolaou?	Fecha:	
¿Alguna vez has tenido una prueba de Papanicolaou anormal?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha, el resultado y el tratamiento?		
¿Alguna vez te has hecho una ecografía pélvica?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha, el resultado y el tratamiento?		
¿Alguna vez te has hecho una biopsia de endometrio? (muestreo del revestimiento uterino)	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha, el resultado y el tratamiento?		
Por favor, explique si tiene algún problema con respecto a sus ovarios.		

VI. Historial quirúrgico y de hospitalización

Tipo de cirugía o motivo de hospitalización	Fecha de la cirugía u hospitalización	Si tuvo complicaciones, por favor explique

La información anterior fue revisada con el paciente.

Firma del proveedor: _____

Fecha: ____/____/____

Etiqueta del paciente
NOMBRE
DOB

VII. Sus antecedentes médicos y familiares

Coloque un cheque para detectar cualquier problema médico pasado o presente para usted o sus parientes consanguíneos cercanos.

Y= Tú, M = Madre, P = Padre, HA = Hermana, HO = Hermano, O= Otro

Problema médico: Por favor, marque la subcategoría en un círculo	Y	M	P	H A	H O	O	Por favor, explique
Anemia							
Asma/enfermedad pulmonar							
Trastorno autoinmune (enfermedad de Crohn, lupus, artritis reumatoide, etc.)							
Arthritis							
Trastorno hemorrágico							
Cáncer (mama, colon, ovario, útero, cuello uterino, otros)							
Trastorno de la coagulación de la sangre (coágulos de sangre en las piernas/pulmones)							
Diabetes							
Colesterol elevado							
Fibromialgia/dolor crónico							
Depresión/ansiedad/trastorno alimentario/enfermedad psiquiátrica							
Enfermedad gastrointestinal (vesícula biliar, intestino, estómago, etc.)							
Enfermedad cardíaca							
Enfermedad renal (cálculos, infecciones de la vejiga/riñón, etc.)							
Hipertensión (presión arterial alta)							
Enfermedad hepática/hepatitis							
Enfermedad neurológica (convulsiones, migraña, accidente cerebrovascular, etc.)							
Osteoporosis							
Trastorno de la piel							
Trastorno tiroideo u otro trastorno glandular							
Otro:							

La información anterior fue revisada con el paciente.

Firma del proveedor: _____ Fecha: ____/____/____

Etiqueta del paciente
NOMBRE
DOB

VII. Alergias a medicamentos y reacciones adversas a medicamentos

Soy alérgico a: ☐ No alergias conocidas ☐ Látex ☐ Mariscos Yodo

Lista de alergias a medicamentos y reacciones adversas a continuación:

Medicamentos actuales

Haga una lista de sus medicamentos, incluidos los anticonceptivos, las vitaminas, las hierbas y los suplementos.

Medicación	Dosis	Frecuencia	Medicación	Dosis	Frecuencia

¿Haces ejercicio regularmente? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia haces ejercicio? _____ Acta _____ x por semana

¿Qué actividades realizas? _____

Estado de tabaquismo: ☐ No fumador
☐ Fumador actual ¿Cuánto fumas?? _____ Packs / Día
☐ Consulte aquí si desea información sobre cómo dejar de fumar.
☐ Fumado en el pasado? ___ Packs / Día

¿Bebes alcohol? ☐ Sí ☐ No # de bebidas/semana _____

¿Consumes drogas recreativas? ☐ Sí ☐ No ☐ Por favor lista: _____

Violencia doméstica:

En el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de alguna manera? ☐ Sí ☐ No

¿Estás en una relación con una persona que te amenaza o te lastima físicamente? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien te ha obligado a tener actividades sexuales que te hicieron sentir incómodo? ☐ Sí ☐ No

La información anterior fue revisada con el paciente.

Firma del proveedor: _____ Fecha: ____/____/____

Etiqueta del paciente
NOMBRE
DOB

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque cualquier síntoma que esté experimentando HOY.

Ojos	Orejas	Nariz	Cabeza
Cambios recientes en la visión	Pérdida de la audición	Hemorragias nasales frecuentes	Dolores de cabeza frecuentes
Pérdida temporal de la visión	Zumbido en los oídos	Hay fever	leve, moderado, grave
Visión doble/borrosa	Secreción del oído	Sinusitis	Mareo
	Dolor de oído	Secreción nasal	Pérdida del conocimiento

Neurológico	Respiratorio	Cuello/Garganta	Corazón
Pérdida de sensibilidad en las extremidades	Tos persistente	Ronquera persistente	Arritmia
Debilidad en las extremidades/cuerpo	Tos con flema	Dificultad para tragar	Hinchazón de tobillos/pies
Convulsiones	Toser sangre	Tiroides grande/bocio	Dificultad para respirar al caminar
	Dificultad para respirar	Dolor en el cuello/garganta	Dificultad para respirar por la noche
		Cambio en la calidad de la voz	Palpitaciones
			Dolor en el pecho
			Opresión en el pecho

Digestivo	Genitourinario	Musculoesquelético	Piel
Cálculos en la vesícula biliar/dolor	Cálculos renales	Dolor en las articulaciones	Picazón persistente
Ictericia	Sangre en la orina	Dolor muscular	Dolor persistente en la piel
Diverticulitis/colitis/enteritis	Infección de orina/riñón	Debilidad muscular	Cambios recientes en la piel
Vómitos con sangre	Pérdida de orina	Debilidad muscular	Cambio reciente en el cabello
Cambio reciente en el apetito	Urgencia urinaria		
Cambios en los intestinos	Sangrado uterino anormal		
Heces negras de alquitrán	Sangrado menstrual abundante y regular		
Sangre roja en las heces	Sangrado posmenopáusico		
Calambres/dolor abdominal	Dolor pélvico		
Fuga de heces			
Hemorroides			
Estreñimiento			

Misc.
Sangrado de tratamientos dentales
Aumento o exceso de sed
Con frecuencia, demasiado caliente o demasiado frío
Fatiga

La información anterior fue revisada con el paciente.

Firma del proveedor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Etiqueta del paciente
NOMBRE
DOB