

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 <b>NO</b> 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 <b>AHORA?</b> , 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

**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

**AMY GARCIA, MD**  
**GINECOLOGÍA**

**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<br>A | H<br>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

**AMY GARCIA, MD**  
**GINECOLOGÍA**

**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

**AMY GARCIA, MD**  
**GINECOLOGÍA**

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<br>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