

HISTORIA DEL PACIENTE



Fecha: _____ Carpeta #: _____ Razón de la visita: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Alergias: _____

Síntomas (Por favor, enumere todos los síntomas que quiera discutir con su doctor en el día de hoy): _____

HISTORIA GINECOLÓGICA (Llene los espacios en blanco o márquelos con una cruz)

Edad de comienzo de la menstruación: _____ ¿Períodos regulares?: Sí No ¿Períodos dolorosos? Sí No

¿Papanicolao (PAP) anormal? Sí No Fecha del último Pap: _____ Método de Anticoncepción: _____

Historia de Clamidia: Sí No Gonorrea: Sí No Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Sí No

Historia Sexual ¿Es activa sexualmente (pasado o presente)? Sí No Abuso: Sí No

HISTORIA OBSTÉTRICA (Enumere los embarazos en orden)

	Año	Método de Parto	M o F	Peso	Complicaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES (Describalos)

1		4	
2		5	
3		6	

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS COMO PACIENTE EXTERNO

	Año	Razón	Doctor	Comentarios
1				
2				
3				
4				
5				

HISTORIA PERSONAL / FAMILIAR / Y SOCIAL

(Escriba "propio", "padre", o "madre", etc. apropiadamente. Describa lo que sea necesario en el espacio provisto "otros")

¿Problemas Cardíacos? Sí No ¿Quién? _____ ¿Accidente Cerebro Vascular? Sí No ¿Quién? _____

¿Diabetes? Sí No ¿Quién? _____ ¿Hipertensión? Sí No ¿Quién? _____

¿Osteoporosis? Sí No ¿Quién? _____ ¿Coágulos Sanguíneos?: Sí No ¿Quién? _____

¿Cáncer? Sí No ¿Quién? _____ Otros: _____

Religión: _____ Estado Marital: S C D V ¿Fuma? S N #Cigarrillos/día: _____

Violencia Doméstica (Marque lo apropiado): Actual Pasado Nunca

Alcohol: Sí No # Bebidas/semana: _____ Drogas: Sí No Tipo: _____

Firma del Paciente: _____

Padre o guardián si el paciente es menor de 18