

## Historia Médica Ginecológica

### Información general

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_

### Historia médica (Favor de marcar sus problemas de salud presentes y pasados.)

Anemia	Hepatitis	Problemas de los pulmones
Ansiedad/Depresión	Hernia	Problemas del corazón
Artritis	Lesión en los huesos o articulaciones	Problemas del hígado
Cáncer	Osteoporosis	Problemas del riñón
Colesterol alto	Presión arterial	Problemas del sueño
Diabetes	Problemas de la orina	Problemas sexuales
Dolores de cabeza	Problemas de la sangre	Pulmonía
Embolia Cerebral	Problemas de la tiroides	Transfusión de sangre
Enfermedades del estómago/aparato digestivo	Problemas de la vesícula	Trastorno de ritmo cardíaco
Hemorroides	VIH-SIDA	Trastornos de la alimentación
		Tuberculosis (o salió positivo en alguna prueba de TB)

Por favor, proporcione detalles de cualquier enfermedad que haya anotado o informe de cualquier otra que no esté en la lista. \_\_\_\_\_

### Historial Obstétrico y Ginecológico:

El primer día de su último periodo: \_\_\_\_\_ ¿Ha qué edad comenzó con sus primeros periodos? \_\_\_\_\_

¿Si ya dejó de tener periodos, a qué edad dejó de tenerlos? \_\_\_\_\_

Número de días que sangra durante su periodo? \_\_\_\_\_ Número de días entre sus periodos \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún cambio reciente en sus periodos? Sí No Si respondió sí, ¿qué tipo de cambios? \_\_\_\_\_

¿Mantiene relaciones sexuales? Sí No ¿Su pareja es? Hombre Mujer Hombre y Mujer

¿A qué edad tuvo su primera experiencia sexual? \_\_\_\_\_ ¿Número de parejas en su vida? \_\_\_\_\_

¿Está utilizando algún tipo de anticonceptivo? Sí No Si respondió sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido infecciones transmitidas sexualmente? Sí No Si respondió sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

El número total de embarazos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Número de niños vivos \_\_\_\_\_

### Embarazos (Favor de anotar los detalles de todos sus embarazos.)

Fecha	Sexo (M/F)	Peso al Nacer	Número de Semanas	Tipo de Parto	Complicaciones

### Historial de Operaciones

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía

**Medicamentos**

Favor de anotar todos sus medicamentos (recetados y no recetados) incluyendo cremas o gotas para los ojos. Indique también la dosis y frecuencia que toma los medicamentos.

Medicamento	Dosis / Frecuencia	Medicamento	Dosis / Frecuencia

Favor de anotar cualquier producto nutritivo, natural, herbario o dietético que esté tomando:

**Alergias y Reacciones**

Favor de anotar cualquier sustancia, medicina recetada y no recetada, comidas, plantas, o cualquier material que le cause reacciones alérgicas y describa tal reacción.

Substancia	Reacción	Substancia	Reacción

**Información y Hábitos Personales** ( Sus respuestas serán confidenciales.)

¿Está usted trabajando?  Sí  No Si contestó sí, ¿cuál es su trabajo? \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted?  Soltera  Casada  Divorciada  Viuda  
 ¿Quién vive con usted? \_\_\_\_\_  
 ¿Requiere usted de ayuda para moverse dentro de su casa, para vestirse, bañarse, usar el baño, o tomar sus alimentos?  Sí  No  
 Si contestó sí, ¿en qué necesita ayuda? \_\_\_\_\_  
 ¿Hace ejercicio?  Sí  No Si contestó sí, ¿qué actividades y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dentadura postiza?  Sí  No  
 ¿Y al oculista? \_\_\_\_\_ ¿Usa usted lentes o lentes de contacto?  Sí  No  
 ¿Ha viajado usted recientemente o viaja con frecuencia fuera de los Estados Unidos?  Sí  No  
 Si contestó sí, ¿a dónde? \_\_\_\_\_

**Substancias**

¿Usa usted tabaco?  Sí  No Si contestó no, ¿alguna vez usó tabaco?  Sí  No  
 ¿Qué clase?  Cigarrillos Cantidad y cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 Puros Cantidad y cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 Tabaco de masticar Cantidad y cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 ¿En el último año ha tomado o usado drogas más de lo debido?  Sí  No  
 ¿En el último año ha pensado disminuir el consumo de alcohol o drogas?  Sí  No  
 ¿Alguna ves se ha molestado o enojado cuando le han dicho de su uso de alcohol/drogas?  Sí  No  
 ¿Se siente usted culpable de la cantidad de alcohol o drogas que usa?  Sí  No  
 ¿Se ha levantado usted tomándose un trago para comenzar el día?  Sí  No  
 ¿Aproximadamente cuantos tragos se toma en una semana? (Un trago equivale a 12oz de cerveza, 5oz de vino o una copa de licor)  0  1-7  8-10  11-13  14-20  21-30  31-40  41 o más

**Seguridad**

¿Ha tenido alguna caída en los últimos 6 meses?  Sí  No  
 ¿Usa bordón, andador o alguna otra cosa para ayudarse a caminar?  Sí  No  
 ¿Se siente usted en peligro o amenazada de algún modo u otro en su casa, trabajo o cualquier otro lugar?  Sí  No  
 ¿Ha sido víctima de violencia o de cualquier abuso, (incluyendo abuso sexual)  Sí  No  
 ¿Usted o algún otro miembro de su familia tiene armas en su casa?  Sí  No  
 ¿Usa usted el cinturón de seguridad cuando maneja?  No  Sí  Algunas veces  
 ¿Tiene usted alarmas contra incendio en su casa?  No  Sí  No lo sé

**Nutrición**

¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ ¿ Su estatura? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha aumentado o rebajado más de diez libras de peso en el último mes?  Sí  No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha disminuido sus alimentos por más de una semana?  Sí  No  
 ¿Tiene dificultad para tragar? (pasar alimentos)  Sí  No  
 ¿Tiene úlceras en la piel o llagas abiertas?  Sí  No  
 ¿Esta embarazada o dando pecho?  Sí  No  
 ¿Está siguiendo un régimen alimenticio modificado, dieta especial,  
 o se alimenta por medio de una sonda?  Sí  No  
 Si es así, descríballo: \_\_\_\_\_

**Historia clínica familiar**

Anote las enfermedades actuales y pasadas que hay en su familia y su parentesco.

Enfermedad	Miembro de la familia	Enfermedad	Miembro de la familia
Alcoholismo,abuso de drogas		Colesterol alto	
Cáncer, tipo: _____		Enfermedades psiquiátricas	
Diabetes		Embolia cerebral	
Enfermedades cardíacas		Tuberculosis	
Presión arterial		Otra: _____	

**Estudios para el cáncer**

**Cáncer del Seno**

¿Cuándo fue su último mamograma (año)? \_\_\_\_\_  No recuerdo  Nunca  
 ¿Ha tenido algún mamograma anormal?  Sí  No  No lo sé

**Cáncer del cuello del útero**

¿Cuándo fue su último Papanicolau (año)? \_\_\_\_\_  No recuerdo  Nunca  
 ¿Ha tenido algún Papanicolau anormal?  Sí  No  No lo sé

**Cáncer del colon ( mujeres mayores de 50 años)**

¿Se ha hecho alguna vez pruebas para detectar cáncer del colon?  Sí  No  No lo sé

**Vacunas** ¿Recuerda cuando recibió su última vacuna para?:

El tétano:  Sí, año \_\_\_\_\_  Nunca  No le sé  
 La influenza:  Sí, año \_\_\_\_\_  Nunca  No le sé  
 La pulmonía:  Sí, año \_\_\_\_\_  Nunca  No le sé

## Síntomas – Reparo por aparatos:

Favor de indicar lo que aplique a usted

### CONSTITUCIONAL:

- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso lbs \_\_\_\_\_
- Perdida de peso lbs \_\_\_\_\_
- Intolerancia al ejercicio

### OJOS:

- Sequedad
- Irritación
- Cambios en visión

### OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA:

- Problemas para escuchar
- Dolor de oído
- Sangrado de la nariz
- Problemas de nariz/sinus
- Dolor de garganta
- Sangrado en las encías
- Ronquido
- Sequedad de boca
- Anormalidad de boca
- Úlcera en la boca
- Anormalidad de dientes

### CARDIOVASCULAR:

- Dolor de pecho causado por esfuerzo
- Dolor de brazo causado por esfuerzo
- Falta de respiración al caminar
- Corto de aliento al acostarse
- Palpitaciones
- Soplo cardíaco
- Mareado-a al pararse

### RESPIRATORIO-A:

- Tos
- Respiración sibilante
- Corto de aliento
- Toser sangre
- Apnea intermitente que ocurre durante el sueño

### SISTEMA DIGESTIVO:

- Dolor abdominal
- Acidez
- Manifestación de vómitos
- Cambio de apetito
- Heces fecales negras y viscosas
- Diarrea
- Estreñido-a
- Sangre en el vómito

### GENITOURINARIO:

- Pérdida de orina
- Dificultad para orinar
- Orina con frecuencia
- Sangre en la orina
- Vaciar la orina incompletamente

### URINARIO FEMENINO:

- Anormalidad en flujo vaginal
- Sangrado entre períodos
- Bolas en los senos
- Bochornos
- Períodos irregulares
- Dolor en el acto sexual
- Dolor severo durante el periodo
- Llagas en los genitales

### URINARIO MASCULINO:

- Bolita en los testículos
- Secresión del pene
- Llagas en los genitales
- Problemas de erección

### MUSCULOESQUELÉTICO-A:

- Dolor muscular
- Debilidad muscular
- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Inflamación de articulaciones

### INTEGUMENTARIO/PIEL:

- Lunar abnormal
- Ictericia
- Erupción
- Problemas en las uñas
- Comezón
- Piel seca
- Crecimientos/lesiones

### NEUROLÓGICO:

- Pérdida del conocimiento
- Debilidad
- Adormecimiento/hormigueo
- Problemas de memoria
- Convulsiones
- Mareo/vértigo
- Dolor de cabeza
- Migraine
- Piernas inquietas

### PSIQUIÁTRICO:

- Depresión
- Ansiedad
- Sueño inquieto
- Se siente seguro en su relación personal
- Abuso de alcohol

### ENDOCRINO-A

- Cansancio excesivo
- Sed excesiva
- Pérdida de cabello
- Aumento en el crecimiento del cabello
- Intolerancia al frío

### HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- Glándulas inflamadas
- Fácilmente desarrolla mgulladuras
- Sangramiento excesso

### ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO:

- Nariz destilante
- Presión al sinus
- Comezón
- Ronchas
- Frecuente estornudo

Reviewed by:

\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
DATE