

Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Historia Médica para Pacientes Nuevas

Nombre:		Fecha de Nacimiento (DOB):	Raza
Número de Teléfono de la casa:		Número de Celular:	Número del trabajo:
Médico de Cabecera:			

### HISTORIAL DE EMBARAZOS

Año	El Hospital	Número de semanas	Horas en trabajo de parto	Tipo de Parto	Sexo del bebé	Peso del bebé	Complicaciones
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			
				<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto			

### HISTORIAL DE MUJER

¿Ha dejado de reglar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Son irregulares sus reglas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Menopausia
¿A qué edad le bajó la regla por primera vez? _____	¿Cuántos días le dura la regla? _____
¿Usted se ausenta del trabajo debido a la regla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene sangre abundante cuando regla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolores menstruales cuando regla que no se alivian con Motrin®, Pamprin®, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene antecedentes de fibromas uterinos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor anote cualquier enfermedad de transmisión sexual que haya tenido: _____	¿Es activa sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene fuga de orina sin querer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Método Anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Aro <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino Mirena® <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino Paragard® <input type="checkbox"/> Implanon® <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas <input type="checkbox"/> Vasectomía
¿Usted tiene fuga de orina cuando tose/estornuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido pruebas de Papanicolaou con resultados anormales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se le hace difícil llegar al baño a tiempo antes de tener un accidente urinario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque cualquiera de estos procedimientos que haya tenido después de un Papanicolaou con resultados anormales: <input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> Procedimiento de Extirpación quirúrgica del Cuello Uterino por asa diatérmica <input type="checkbox"/> Láser <input type="checkbox"/> Conización con Bisturí Frío

CONDICIÓN MÉDICA	Edad al ser Diagnosticada	CONDICIÓN MÉDICA	Edad al ser Diagnosticada
<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol		<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	
<input type="checkbox"/> Alergias		<input type="checkbox"/> Infecundidad	
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado _____	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar _____	
<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar		<input type="checkbox"/> Lupus	
<input type="checkbox"/> Cáncer _____		<input type="checkbox"/> Síndrome Premenstrual	
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de sangre _____		<input type="checkbox"/> Artritis Reumática	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas _____		<input type="checkbox"/> Tiroides: <input type="checkbox"/> Hiperactiva <input type="checkbox"/> Hipoactiva	
<input type="checkbox"/> Fibromialgia		<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria	
<input type="checkbox"/> Glaucoma		<input type="checkbox"/> Infecciones en la vía Urinaria	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca		<input type="checkbox"/> La infección por estafilococo áureo resistente a la meticilina (SARM)	
<input type="checkbox"/> Hipertensión		<input type="checkbox"/> Otro _____	

Fecha: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Nombre Del Medicamento	Potencia	¿Con qué frecuencia?	Nombre Del Medicamento	Potencia	¿Con qué frecuencia?

**ALERGIAS**

¿Alguna vez ha tenido una reacción a algún medicamento, químico, o al látex?  Sí  No

Por favor anote los nombres de estos medicamentos o químicos:

Por favor anote la clase de reacción al medicamento:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**CIRUGÍAS PRÉVIAS**

Año	Procedimiento	Año	Procedimiento
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

**HISTORIAL PERSONAL**

¿Cuál es su estado civil?  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda

¿Cuál es su ocupación?  Estudiante  Ama de Casa  Profesional; por favor escriba su puesto de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto fuma usted?  N/A \_\_\_\_\_ cajetillas por día

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma al día?  N/A \_\_\_\_\_

¿Usted utiliza drogas ilícitas?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido un problema con la adicción a drogas o alcohol?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿cuál (es) era(n) su(s) droga(s) de preferencia? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Pariente	Enfermedades (mentales o médicas) y la edad al ser diagnosticada, si se sabe
Madre	
Padre	
Hermano	
Hermano	
Hermana	
Hermana	
Hija	
Otro	
Otro	

Firma: \_\_\_\_\_