

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: _____