

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____

¿Alguna vez has tenido

(Circule todo lo que corresponda)
Materna/Paterna)

Artritis
Asma/EPOC/Enfisema
Anemia o transfusión de sangre
Coágulos sanguíneos
Cáncer (dónde? _____)
Problemas de colon
Depresión/Ansiedad
Diabetes
Acido/Reflujo Gastroesofágico
Glaucoma
Gota
Ataque cardíaco
Alta Presión Sanguínea
Colesterol Alto (por favor enumere)

Problemas de Tiroides
Migrañas
Osteoporosis/Osteopenia
Colonoscopia (Fecha/Dónde) _____
Otros procedimientos _____
Papanicolaou anormal
Mamografía anormal
Otras condiciones/enfermedades médicas no enumeradas _____

Cirugías/Procedimientos

(Circule todo lo que corresponda)

Apéndice
Reconstrucción mamaria
Lumpectomía mamaria
Cirugía de vejiga
Extirpación de cataratas
Cesárea

Dilatación y Legrado
EGD/esofágico (endoscopia superior)
Vesícula Billar
Cirugía Gástrica
Reemplazo de la válvula cardíaca
Histerectomía (ovarios Y/N?)

Mastectomía D/I
Hepática
Amigdalectomía
Transplante

Antecedentes Familiares

(Por ejemplo: Padre, Madre, Familia)

Alcoholismo _____
Enfermedad sanguínea _____
Cáncer de mama _____
Cáncer de colon _____
Diabetes _____
Ataque cardíaco _____
Presión arterial alta _____
Colesterol alto _____
Enfermedad mental _____
Migrañas _____
Osteoporosis _____
Artritis reumatoide _____
Otros _____

Historia ginecológica:

¿Qué edad tenía en el primer período menstrual? _____

El último período?

¿Cuánto tiempo entre períodos? _____

¿Cuánto duran los períodos? _____

Flujo: ¿Calambres pesados / normales / ligeros? Y / N

¿Abortos espontáneos _____ Abortos _____ Nacimientos vivos _____

¿Numero de embarazos _____

Alergias _____ **Ocupación** _____

Medicamentos _____

¿Cuáles son sus problemas de salud?
