

Formulario de historia médica para pacientes

Nombre:	# de Expediente:	Edad:	Fecha:
---------	------------------	-------	--------

Médico de Cabecera:	Médico de derivación:
---------------------	-----------------------

Estado Civil: Soltera Casada Separada Viuda Divorciada

Razón de su Visita:

Historia Ginecológica

Edad que tuvo cuando comenzó a reglar:	Fecha de la última menstruación:	¿Su período menstrual es regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	----------------------------------	---

Número de días entre cada regla:	Número de días que sangra:	¿Tiene dolor cuando regla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	----------------------------	---

¿Es activa sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bi-sexual
---	--

Método de control natal que usa actualmente:	¿Cuales otros métodos ha usado en el pasado?	¿Flujo abundante/coágulos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

¿Ha sido diagnosticada con una enfermedad transmitida sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Cuándo?	¿Le han hecho la prueba del VIH (SIDA)? Resultados: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
--	--------------------	--

Fecha de la última prueba de papanicolau:	Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
---	--

¿Alguna vez el resultado de una prueba de papanicolau salió anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál tratamiento le dieron?
--	------------------------------

Fecha de la última mamografía:	Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
--------------------------------	--

Fecha de la última prueba de detección del cáncer de colon:	Fecha del último estudio de la densidad ósea :
---	--

¿Ha tenido análisis de sangre recientemente para evaluar el colesterol, glucosa, y tiroides? Sí No

¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas durante los últimos 10 años?
 Vacuna contra la culebrilla Vacuna contra el VPH Vacuna contra el tétano/difteria Hepatitis B

Historia Obstétrica

Número total de embarazos: _____ Aborto involuntario: _____ Abortos: _____ Hijos vivos: _____

¿Hubo complicaciones relacionadas con el embarazo o parto?

¿Tuvo diabetes gestacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hipertensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Preclampsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

No.	Fecha de Nacimiento	Masculino/ Femenino	Peso al Nacer	Tipo de Parto	No.	Fecha de Nacimiento	Masculino/ Femenino	Peso al Nacer	Tipo de Parto
1					4				
2					5				
3					6				

Medicaciones Actuales (Incluya también todas las vitaminas, hierbas, y cualquier medicamento a venta libre que usa frecuentemente)

Nombre del Medicamento:	Dosis:	Recetado por:	Nombre del Medicamento:	Dosis:	Recetado por:

Lista de Medicamentos Adjunta

Alergias: (Nombre del medicamento y reacción)			
Nombre del Medicamento	Reacción	Nombre del Medicamento	Reacción

¿Es usted alérgica al látex? Sí No

Historia Médica			
Enfermedad	Fecha	Enfermedad	Fecha

Historia Quirúrgica			
Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha

Historia Social			
¿Usted Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto?	¿Por cuántos años?	
¿Usted toma bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas bebidas a la semana?		
¿Usted utiliza drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles y con qué frecuencia?		
¿Ha sufrido de abuso sexual o físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su ocupación actual?		

Historia Familiar			
Padre: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	Causa de Muerte:	Edad al fallecer:	
Madre: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida	Causa de Muerte:	Edad al fallecer:	
<input type="checkbox"/> Historia familiar desconocida			
¿Hay una historia familiar de lo siguiente? (Por favor nombre los parientes afectados)			
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	
<input type="checkbox"/> Hipertensión		<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto		<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas/ pulmones	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis		<input type="checkbox"/> Cáncer de la Mama	
<input type="checkbox"/> Cáncer del Colon		<input type="checkbox"/> Cáncer del Ovario	
<input type="checkbox"/> Cáncer Uterino		<input type="checkbox"/> Enfermedad mental/depresión	
<input type="checkbox"/> Fibromas		<input type="checkbox"/> Endometriosis	

Revisión de los sistemas (por favor si está experimentando los siguientes síntomas marque sí)					
Síntomas		Síntomas		Síntomas	
Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones Irregulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento/diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuga de orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Orina Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de las coyunturas/músculos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en el seno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Secreción del seno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Calores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No