



I. Historia Medica del Paciente

Parte 1. Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____
 Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Parte 2. Historia Medica

	Si	No	Ahora		Si	No	Ahora
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Rinoñes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Artial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Serias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques o Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones de Sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Tiroide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heridas o Accidentes Serios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si	No	
¿Ha estado antes hospitalizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Si respondió "SI" cual fue la razon?:</i>							

¿Toma usted algun medicamento recetado o sin receta?

Si esta tomando algun medicamento, por favor escriba el nombre y la dosis:

Tiene alergia a alguna medicina?

Si tiene alergia, escriba a que medicina:

¿Toma vitaminas o hierbas or remedios caseros?

Si toma algo, escriba que toma:

¿Cuando fue su última cita con el dentista?
 ¿Cuando fue su última vacuna contra la ^{gripe?}
 ¿Cuando fue su última prueba de tuberculosis)?

Parte 3. Historia de la Familia

Miembro de Familia	Edad	Si vive - Estado de salud	Si no vive - edad y causa de muerte
Padre			
Madre			
Hermano/Hermana			
Su Pareja			

Tiene algun pariente con diabetes?

Si **No**



II. OB/GYN History

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Part 4. Historia OB/GYN

- ¿A que edad empezo a tener relaciones sexuales?
- ¿A que edad empezo a menstruar (su regla)? Si No
- ¿Le viene su regla todos los meses?
- Si no le viene todos los meses, cada cuanto le viene?*
- ¿Cuanto tiempo dura cada periodo (regla)? _____
- ¿Cuando fue el primer dia de su ultimo periodo ? _____ Si No
- ¿Esta segura de esta fecha?
- ¿Fue normal su ultimo periodo (regla)?
- Si no lo fue, explique por favor:*
- ¿Cuando fue su ultima prueba de Papanicolao (prueba de cancer)? Si No
- ¿Fue el resultado normal?.....
- ¿Ha tenido alguna vez un resultado anormal de Papanicolao?
- Si ha tenido resultado anormal, por favor explique:*

- ¿Ha tenido antes: (circule si lo ha tenido) Gonorrhea Chlamydia Herpes Genital Warts Sífilis Si No
- ¿Es este un embarazo planeado?
- ¿Cree que es un buen tiempo de estar embarazada?
- ¿Cuantos hijos tiene vivos? _____
- ¿Cuantas veces ha estado embarazada (incluyendo este embarazo) ?
- ¿Cuantos bebes ha perdido (aborto espontaneo)?
- ¿Ha tenido alguna vez gemelos, trillisos or mas de un bebe?
- ¿Cuantos abortos provocados ha tenido? _____
- ¿Ha tenido bebes que han nacido muertos?

Parte 5. Historia De Partos (Por favor diganos los siguientes detalles de cada embarazo que ha tenido – si ha tendio abortos espontaneos o abortos provocados o bebes nacidos muertos, solo anote la fecha)

Año	Prematuro Si o No	Normal o Cesarea	Horas en Labor	Hospital / Ciudad	Hombre o Mujer	Peso	Problemas Complicacions

- ¿Ha tenido alguna vez un embarazo de altos riesgos o con complicaciones? Si No
- Si lo ha tenido, por favor explique:*

¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con este embarazo que usted quiera consultar?

Yo he respondido a estas preguntas de acuerdo a mi propio conocimiento: _____ **Fecha:** _____

FOR OFFICE USE ONLY

Reviewed by _____	Date: _____
-------------------	-------------