

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

Nombre: \_\_\_\_\_

### **Forma de Historial de la Salud Femenina**

Para proteger su salud por favor de proveernos la siguiente información, si es aplicable para usted.

<b>¿Es usted alérgica a algún medicamento o sustancia?</b>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Por favor anote: _____	
<b>¿Está usted bajo tratamiento por un médico de cualquier cosa en este tiempo?</b>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Por favor anote: _____	
<b>Quién es su proveedor de atención médica primaria?</b>	_____

<b>Su Historial de Salud Medica del Pasado y presente (Marque todas las que apliquen)</b>	
<input type="radio"/> Coágulos de sangre en los pulmones o en las venas (NO durante su periodo)	<input type="radio"/> Convulsiones
<input type="radio"/> Desorden de coagulación de la sangre	<input type="radio"/> Depresión, ansiedad o estado de ánimo tratada por un médico
<input type="radio"/> Problemas del Corazón	<input type="radio"/> Visión / dificultad auditiva
<input type="radio"/> Presión Alta	<input type="radio"/> Discapacidad de aprendizaje
<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Condiciones Pulmonares (como: Asma, EPOC)
<input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Ulceras
<input type="radio"/> Ataque isquémico transitorio	<input type="radio"/> Enfermedad del Hígado/Hepatitis
<input type="radio"/> Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar
<input type="radio"/> Hipotiroideo	<input type="radio"/> Enfermedad del riñón
<input type="radio"/> Dolores de cabeza de Migrañas (dolores de cabeza con problemas de la vista o vomito)	<input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Lupus	
<input type="radio"/> Otra: _____	
<input type="radio"/> Ninguno de los anteriores	

<b>Historial de Cirugías (Marque todas las que apliquen)</b>	
<input type="radio"/> Ligadura de Trompas	<input type="radio"/> Histerectomía
<input type="radio"/> Trasplante de Órganos	<input type="radio"/> Cirugía de busto
<input type="radio"/> Cirugía bariátrica (pérdida de peso) como bypass gástrica	
<input type="radio"/> Otra: _____	
<input type="radio"/> Ninguno de los anteriores	

<b>Historial de Obstertricia / Ginecología</b>			
Número de embarazos: _____	Número de partos vaginales: _____	Número de partos por cesaria: _____	
Número de abortos espontáneos: _____	Mortinatos (nacimiento de un niño muerto): _____	Abortos: _____	
Fecha de ultimo parto: _____			
¿Cuáles son sus planes para tener hijos?: _____			
¿Cuándo fue su última prueba de papanicolau? _____			
¿Alguna vez ha tenido una prueba de papanicolau anormal?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Cuándo fue su última manografía? _____			
¿Usted ha tenido una pareja del mismo sexo (homosexual)?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Su pareja ha tenido una pareja del mismo sexo (homosexuales)?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
¿Tiene una pareja estable ahora?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades transmitidas sexualmente? Marque todas las que apliquen.			
<input type="radio"/> Clamidia	<input type="radio"/> Gonorrea	<input type="radio"/> Sífilis	<input type="radio"/> Tricomoniasis
<input type="radio"/> Herpes	<input type="radio"/> Verrugas	<input type="radio"/> Virus del Papiloma Humano	

Client Label Here

Client Label Here

<b>Historial Social</b> (Marque todas las que apliquen)	
<input type="checkbox"/> ¿Fuma Tabaco?	<input type="checkbox"/> ¿Mastica Tabaco?
<input type="checkbox"/> ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____	<input type="checkbox"/> ¿Fumaba/Masticaba Tabaco? Fecha de salida: _____
<input type="checkbox"/> ¿Fumas cigarrillos electrónicos?	
<input type="checkbox"/> ¿Bebe alcohol?	
<input type="checkbox"/> ¿Cuántas bebidas toma por día? _____	
<input type="checkbox"/> ¿Ha usado drogas callejeras?	
<input type="checkbox"/> Si usa drogas callejeras, ¿qué tan recientemente y qué usó? _____	
<input type="checkbox"/> ¿Usted ha usado drogas intravenosas (agujas)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ¿Su pareja ha usado drogas intravenosas (agujas)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<b>Historial de Familia</b> (Marque todas las que apliquen)	
Ha tenido algún miembro de su familia cercano (Madre, Padre, Hermanos/as, abuelos/as, tíos/as) lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Ataque de corazón antes de 50 años de edad	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Menopausia antes de 45 años de edad
	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama o cáncer en órganos reproductivos
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Fractura de compresión