

## HISTORIAL MEDICO

NOMBRE				Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad	Estado	Condado	Area postal
Edad	Talla	Peso	Raza	Su número telefónico	
				solo _____ casado _____	
En una emergencia, notificar a			Nombre	Telefono	
Recomendada por					

### HISTORIAL PERSONAL

Si usted ha tenido algunas de las condiciones siguientes, marque con una cruz la casilla apropiada:

Si	No		Si	No	
		a. Infeccion o descarga vaginales			n. Fiebre reumatica
		b. Enfermedad transmitida sexualmente (sífilis, gonorrea, herpes, clamidia)			o. Anemia o drepanorita (Sickle Cell)
		c. Fibroides uterinos			p. Enfermedad del hígado (bacteria, hepatitis)
		d. Útero de retroverted (inclinó)			q. La enfermedad del pulmón (el asma, la pulmonia, la tuberculosis)
		e. Infección del rinon o de la vejiga			r. Epilepsia, ataques
		f. La gripe reciente o la fiebre alta			s. Diabetes
		g. El dolor abdominal severo			t. Vision borrosa
		h. Enfermedad del seno o el cancer			u. Severos dolores de cabaza
		i. Cervical conization o cryocauterization			v. magullar inexplicado
		j. Los antibióticos en el mes pasado			w. Depresion severa
		k. La presión alta o baja de la sangre			x. Entermedad de las coyunturas
		l. La sangre se coagula o la flebitis			y. Diarrea o estrenimiento cronicos
		m. Necesitó una transfusión de sangre			z. Las tendencias (hemorragia) saugrientas

Si usted ha respondido Si a alguna de las preguntas arriba, identifiquela con la letra apropiada y escriba una pequeña explicación:

Indique si ha estado hospitalizada anteriormente por motivo de cirugía:

¿Usted o cualquiera de sus miembros de familia tiene cualquier historia de complicaciones con anestesia? Si ése es el caso describa por favor

Bebe usted alcohol? \_\_\_ En caso AFIRMATIVO. cuantas bebidas diarias? \_\_\_ semanales? \_\_\_

Fuma usted? \_\_\_ En caso AFIRMATIVO, cuantos paquetes diarios? \_\_\_

En caso afirmativo de que tipo? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO

Página 2

Nombre

Fecha de nacimiento

Rodee con un circulo los medicamentos listados a continuación a los que usted haya tenido una reacción alérgica

Penicilina	Tetracycline	Sulfamidas	Ampicillin	Demerol
Esparadrapo	Codeina	Nubain	Valium	Xykicaine
Aspirina	Tylenol	Betadine	Eritomicina	Tétanos

### HISTORIAL MENSTRUAL

Edad en que se inició \_\_\_\_\_ Duración normal del periodo \_\_\_\_\_ días

Ciclo (comienzo a comienzo) \_\_\_\_\_ días

LMP ( primer día del último periodo normol) \_\_\_\_\_

Son sus periodos  abundantes  moderados  ligeros?

Si

No

Tiene usted  tensión  depresión ants del periodo?

Tiene usted  calambres  dolores con el periodo?

Tiene usted bochornos?

Número de embarazos previos		Número de nacimientos prematuros	
Número de embarazos de término completo		Número de abortos	
Número de malpartos		Número de cesáreas	

Sangró usted excesivamente después de alguna de las condiciones arriba nombradas?  Si  No

La fecha de nacimiento de niño más joven \_\_\_\_\_

¿Qué todo del control de la natalidad usa usted? \_\_\_\_\_

¿Apreciaría usted nosotros ayudarlo con u método de control de la natalidad?  Si  No

### HISTORIAL DE LA FAMILIA

Usa la letra apropiada para indicar los miembros de su familia, en caso de que alguna de las siguientes enfermedades fuere aplicable:

Padre (P) Madre(M) Hermano (Ho) Hermana (Ha)

Enfermedad del corazón		Tuberculosis		Cáncer		Epilepsia		Obesidad		Gota	
Enfermedad mental		Artritis		Diabetes		Tiroides		Renal		Otra	

Que servicio ginecológico podemos proporcionarle con esta visita a nuestra oficina?	___ Aborto	___ Sono	___ D & C
---	------------	----------	-----------