

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 explicacion:

Indique si ha estado hospitalizada anteriormente por motivo de cirugia:

¿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? _____

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 <input type="checkbox"/> abundantes <input type="checkbox"/> moderados <input type="checkbox"/> ligeros?	

	Si	No
Tiene usted <input type="checkbox"/> tensión <input type="checkbox"/> depresión ants del periodo?		
Tiene usted <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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
---	------------	----------	-----------