

Grand River Medical Center

CONFIDENCIAL

Historial Medico De Ginecología

Fecha De

Nombre De Paciente _____ Edad _____ Nacimineto _____ - _____ - _____

Fecha De Hoy _____ Estado Marital: Soltera Casada Divorciada Otra _____

Razon por su visita Hoy? _____

Historial medico llenado por : Paciente Otro _____ Referido por _____

Tiene la paciente alergias o reacciones adversas a medicamentos, comida, mariscos de concha, o pinturas : Si No
Si marco si, apunte _____

Esta tomando la paciente medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marco si, apunte: _____ _____ _____	Esta tomando la paciente medicamentos sin receta? (Por Ejemplo, aspirina, vitaminas, suplementos herbales o calcio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marco si, apunte: _____ _____ _____	A tenido cirugías la paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Año: _____ Tipo de cirugía: _____ _____ _____
---	--	---

Que tipo de empleo hace la paciente? _____ Tiempo Completo Parcial Retireda
Pasa tiempo: _____

Hace ejercicio? Si No Que tipo? _____
 Que tan seguido? Rara vez A veces Semanalmente Diariamente
 Por Cuanto tiempo? 0 - 15 minutos 15 - 30 minutos 30 minutos o mas

Usa tabaco ? Si No Pare Hace _____ años.
 Tipo: Cigarro Paquetes por día: _____ por _____ años Otro _____

El paciente bebe alcohol? Si No Pare Hace _____ años Tipo: Cerveza Vino Licor
 Que tan seguido bebe? ? Rara vez A veces Semanalmente Diariamente

A usado drogas callejeras? Si No Si marco si, tipo: Cocaína Marihuana inhalantes Otro

Historial De Salud

A tenido la paciente, **Padres, Abuelos, hermanos** o **Hijos/as** tenido o tienen alguna de las sieguientes? Marque una ✓ a las que se apliquen

	Paciente	Familia		Paciente	Familia	Solo Para Uso De Oficina
1. Cáncer Del Colon			18. Migrañas			
2. Cáncer De Seno			19. convulsiones			
3. Cáncer De utero			20. Desordenes mentales			
4. Cáncer De Ovarios			21. Enfermedad de Riñon			
5. Otro Cáncer			22. Enfermedad Intestinal			
6. Diabetes			23. Artritis			
7. Enfermedad de Tiroides			24. Enfermedad Muscular			
8. Derrame Cerebral			25. Fractura de Huesos			
9. Enfermedades del Corazon			26. Osteoporosis			
10. Colesterol Alto			27. Complicaciones Quirurgicas			
11. coágulo de sangre			28. Problemas Femenios			
12. Tendencia de sangrar			29. Uso de Ibuprofen			
13. Transfusión de sangre			30. Uso de Warfarin			
14. Anemia			31. Uso de Plavix			
15. Asma			32. Diabetes durante embarazo			
16. Enfermedad de pulmon			33. Otro			
17. Tuberculosis			34. Otro			

↓ **Continua Al Reverso** ↓

CONFIDENCIAL
Informacion Personal Medica

Nombre de paciente: _____	Fecha: _____
A estado expuesta a DES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No A subido o bajado de peso recientemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene Problemas con crecimiento excesivo de pelo/bello? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene infecciones pelvicas o descarga vaginal cronica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene problemas con dolor pelvico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esta experimentando resequedad vaginal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esta activa sexualmente con una pareja masculina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El sexo es doloroso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No A tenido enfermedades transmitidas sexualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Edad de su primera relacion sexual? _____ Numero total de parejas sexuales en su vida? _____ Se hace exámenes de senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No A tenido una prueba de Papanicolau abnormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<u>Informacion Ginecologa</u> Edad de su primer periodo menstrual _____ Han sido sus periodos normales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Primer dia de su ultimo periodo _____ Su flujo promedio es: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fuerte Numero de dias En su periodo _____ Tiene dolor con su periodo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Duracion de ciclo (Primer Dia de uno al primer dia del siguiente) _____	
<u>Historial Obstetrical</u> Número De embarazos _____ <input type="checkbox"/> N/A Peso del bebé mas gande _____ Número de hijos vivos _____ <input type="checkbox"/> N/A tuvo complicaciones durante el embarazo o al dar a luz? _____ Número de abortos naturales _____ <input type="checkbox"/> N/A Esta usted y su pareja usando algun metodo para prevenir embarazo? _____ Número de embarazos completos _____ <input type="checkbox"/> N/A Si sí, que tipo? _____ Número de embarazos prematuros _____ <input type="checkbox"/> N/A Esta planeando un embarazo en el futuro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número of abortos planeados _____ <input type="checkbox"/> N/A Número de cesarias _____ <input type="checkbox"/> N/A	
<u>Uso De Hormonas</u> A usado usted reemplazo de hormonas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Experimenta usted sudor de noche ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Experimenta Fogaje/calores repentinos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<u>Estado de exámenes Medicos</u> Fecha de su ultimo papanicolau _____ Fecha de su ultimo mamograma _____ Se a revisado para osteoporosis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se a revisado para Cáncer del colon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se a revisado el colesterol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resultados del examen del colesterol: _____	<u>Estado De Vacunas</u> Fecha de vacuna de refuerzo para el Tetano? _____ Fecha de vacuna de refuerzo para Difteria? _____ Fecha de vacuna neumococal? _____ Fecha de vacuna de herpes zóster? _____ Fecha de vacuna de refuerzo para Pertusis? _____
<u>Funcion de Vesícula</u> Experimenta usted infecciones de orina frecuentemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Siente dolor al orinar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Experimenta frecuencia de orina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Experimenta sensacion incompleta de vaciar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuantas veces orina en la noche? _____ Experimenta perdida de orina al toser, estornudar, esforzarse, reírse o otra actividad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usa toallas femeninas u otra proteccion por causa de humedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	