



Cuestionario de salud de la mujer para el nuevo paciente y para la visita anual de bienestar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____
 Su doctor de cuidado: _____ Farmacia: _____ Locacion de su farmacia: _____
 Nuevo Paciente para GRPC: Si No Nuevo paciente para este doctor: Si No Tiene directivas anticipadas: Si No

HISTORIA MÉDICA PASADA (Marque todas las que se apliquen e indique el miembro de la familia- M = madre, P = padre, HO = hermano, HA = hermana):

Enfermedad de tiroides	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Asma	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Ataque cardíaco o Enfermedad de la arteria coronaria	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Trastorno convulsivo	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Coágulos de sangre	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	CVA (accidente cerebrovascular)	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Presión arterial alta (hipertensión)	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Artritis reumatoide	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Colesterol alto (hiperlipidemia)	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Fibromialgia	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Colitis ulcerosa	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Osteoporosis	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Cálculos biliares	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Alcoholismo	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Enfermedad de Crohn	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Drogadicción	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Síndrome del intestino irritable	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Depresión / Ansiedad	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Hepatitis	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Bipolar / Esquizofrenia	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
EPOC	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Cáncer de Mama	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Úlcera de estómago o enfermedad de reflujo	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Cáncer de Ovario	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Cálculos renales	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Cáncer de cuello uterino	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Infecciones urinarias frecuentes	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Cáncer de piel	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Diabetes	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Cáncer de colon	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____
Migrañas	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____	Otro: _____	Yo _____	Familiar _____ Quien? _____

Madre: Vivo, edad _____ Fallecido a la edad _____ causa de muerte: _____
 Padre: Vivo, edad _____ Fallecido a la edad _____ causa de muerte: _____

HISTORIA DE CIRUGÍAS (Marque todas las que correspondan e indique el año):

Amigdalectomía		Laparoscopia Exploratoria	
Tiroidectomía		Laparotomía Exploratoria	
Eliminación de la vesícula biliar		Cirugía cosmética	
Apendectomía		Desprendimiento de venas varicosas	
Reparación de la hernia inguinal		Cirugía bariátrica	
Hemorroidectomía		Cesaria	
Reemplazo de la articulación		Ligadura de trompas / Esterilización	
Artroscopia de rodilla		Histerectomía parcial (ovarios intactos)	
Reparación del manguito rotador		Histerectomía total (se eliminan los ovarios)	
Liberación del túnel carpiano		Cirugía de cuello y espalda	
Colonoscopia		Otro:	
Otro:		Otro:	

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA OBSTETRICA:

Número de Embarazos		Número de niños vivos	
Número de Abortos		Número de entregas vaginales	
Número de nacimientos a término completo		Número de cesáreas	
Número de nacimientos prematuros			

HISTORIAL DE GINECOLOGIA:

Sufre de infertilidad Si No Historial de quistes ováricos Si No Historial de endometriosis Si No
 Exposición al DES? Si No Tiene problemas con la pérdida de orina o heces? Si No Edad del primer período: _____
 Primer día del último período _____ El ciclo ocurre cada ____ días - Duración ____ días o Edad de la menopausia _____

Los periodos son:**El flujo es:**

Regular		Ligero	
Irregular		Ligero a Moderado	
Doloroso		Moderado a pesado	
No es realmente molesto		Pesado	

Eres sexualmente activa? Si No
 Preferencia Sexual: heterosexual homosexual bisexual
 Nueva pareja reciente (< 1 year)? Si No
 Método anticonceptivo? _____

Alguna vez ha tenido alguna ETS? (Por favor, marque todas las que correspondan e indique el año):

Clamidia		Trichomonas	
Gonorrea		VIH	
Herpes		Hepatitis B	
Virus del papiloma humano		Hepatitis C	
Sífilis		Nunca tuve ninguna	

Fecha de la última prueba de Papanicolau: _____ normal anormal

Alguna vez ha necesitado alguno de los siguientes para un Papanicolau anormal?

Colposcopia Criocirugía LEEP / Láser / Conización Ninguna

Fecha de la última mamografía? _____ normal anormal No he hecho nada

Fecha de la última densidad ósea? _____ normal Baja densidad ósea Osteoporosis No he hecho nada

Fecha de la última colonoscopia? _____ nunca he tenido uno

Cuándo fue tu última vacuna de Tétanos, difteria, tos ferina? _____ Cuándo fue el último examen de colesterol? _____

Última visita dental / dónde? _____ Última visita de visión / donde? _____ Última prueba de audición _____

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupación: _____ Exposición al humo de segunda mano? Si No

Usas tabaco? Si Cuántos años? ____ Cuántos paquetes por día? ____ Nunca Ya no, Lo deje ____ años.

Bebes alcohol? Si Cuántas bebidas por semana? ____ Tipo: _____ Nunca Ya no, Lo deje ____ años.

Utiliza drogas recreativas (marihuana) o drogas ilícitas? Si No Tipo: _____

Ha sido víctima de abuso sexual / físico / emocional? Si No En caso afirmativo, estas a salvo ahora? Si No Has tenido consejería? Si No

MEDICAMENTOS: (Recetas, Vitaminas, Medicamentos Herbales / Alternativos)

Es usted alérgico a algún medicamento? Si No A que? _____

Enumere los medicamentos que esté tomando, incluyendo medicamentos recetados, sin receta médica, y vitaminas:

Medicación actual e indicación	Dosis	Prescrito por:

Updated 7.28.17 LH

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____