

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 Especifique _____	
Apendectomía		Desprendimiento de venas varicosas	
Reparación de la hernia inguinal		Cirugía bariátrica	
Hemorroidectomía		Cesaria	
Reemplazo de la articulación Especifique _____		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 _____

Requisitos de Comunicación debido a la audición, visión, o cognición? Si No Explique:

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 8.8.18

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____