

## 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  
 Estado de discapacidad:  Si  No En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_

### 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 <b>Especifique</b> _____    |  |
| Apendectomía  |  | Desprendimiento de venas varicosas            |  |
| Reparación de la hernia inguinal                      |  | Cirugía bariátrica                            |  |
| Hemorroidectomía                                      |  | Cesaria                                       |  |
| Reemplazo de la articulación <b>Especifique</b> _____ |  | 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  
 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

Identidad de Género:  Masculino  Femenina  Hombre transexual  Mujer transsexual  Genero queer/ género no conforme

Otra Identidad: \_\_\_\_\_

Es usted sexualmente activo?  Sí  No

Preferencia Sexual:  heterosexual  homosexual  bisexual  Otra

**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 4.20.2023

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_