|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Alguien en su familia (padres, abuelos, hermanos, tíos) padece alguna de las siguientes enfermedades?:** | | |
| Hipertensión arterial | ¿Quién? | |
| Diabetes Mellitus |
| Hipotiroidismo |
| Asma |
| Convulsiones |
| Infarto Agudo de Miocardio |
| Cáncer | ¿Quién? | Tipo de cáncer |
| Enfermedades cardiacas | Tipo de enfermedad \* |
| Enfermedades renales (de los riñones) |
| Otros | ¿Qué enfermedad? | ¿Quien? |

\*(no poner obligatorio porque a veces no saben cuál es)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES PERSONALES: ¿Usted ha sido diagnosticado por un médico con una de las siguientes enfermedades?** | | | | | | | |
| Hipertensión arterial | Medicamento | | Dosis\* | | | Frecuencia | |
| Diabetes Mellitus |
| Hipotiroidismo |
| Asma |
| Convulsiones |
| Cáncer | Tipo | | | Tratamiento | | | |
| Infarto Agudo de Miocardio | ¿En qué año? | | | | | | |
| Enfermedades cardiacas | ¿Qué enfermedad? | Medicamento | | | Dosis\* | | Frecuencia |
| Enfermedades renales (de los riñones) |
| Otros |

\*(no poner obligatorio porque a veces no saben cuál es)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES ALÉRGICOS: ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?:** | | |
| Medicamento | ¿A cuál? | Tipo de reacción:   * Cutánea * Respiratoria * Ambos |
| Comida |
| Polvo |
| Polen |
| Cambio de clima |
| Animales |
| Otros |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ¿Lo han operado alguna vez?:** | | |
| ¿De qué? | ¿En qué año? | ¿Tuvo alguna complicación? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS: ¿Se ha fracturado algún hueso?:** | | |
| ¿Cuál? | ¿En qué año? | ¿Qué tratamiento tuvo?   * Cirugía * Conservador (yeso, canal, inmovilizador) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: ¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico por alguna de las siguientes enfermedades?:** | | | | |
| Depresión | Medicamento | Dosis\* | Frecuencia | ¿Tiene seguimiento en UBE? |
| Ansiedad |
| TOC |
| TDAH |
| Bipolaridad |
| Otro |

\*(no poner obligatorio porque a veces no saben cuál es)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS: (permitir respuestas solo a mujeres)** | | | |
| Edad a la que tuvo su primera menstruación | | | |
| ¿Sus ciclos son regulares? (ve su menstruación una vez cada 21-35 días) | * Si * No | | |
| ¿Normalmente tiene menstruación dolorosa? | * Si * No | ¿Qué medicamento toma? (solo si respondió si en la anterior) | |
| ¿Cuántas veces ha estado embarazada?  G: # | Número de partos vía vaginal  P: # | Numero de cesáreas  C: # | Numero de abortos  A: # |
| **¿Ha sido diagnosticada por un médico con una de las siguientes enfermedades?** | | | |
| Quistes ováricos | Medicamento | Dosis\* | Frecuencia |
| Miomatosis uterina |
| Endometriosis |
| Otro |
| **¿Ha sido operada por alguno de los siguientes motivos?** | | | |
| Quistes ováricos | ¿En qué año? | ¿Tuvo alguna complicación? | |
| Histerectomía (le quitaron el útero/matriz) |
| Cirugía para no tener mas hijos |
| Resección de masas en mamas |

Lo que esta en rojo no debe aparecer en el formulario, así es como debería de aparecernos a nosotras en la interfaz (solo la letra y no toda la pregunta). G= P+C+A

\*(no poner obligatorio porque a veces no saben cuál es)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** | | | |
| ¿Cuál es su tipo sanguíneo? | | | |
| ¿Fuma? | * Si * No | ¿Cuántos cigarrillos al día? | ¿Desde hace cuántos años? |
| ¿Consume bebidas alcohólicas? | ¿Cuántas bebidas al mes? | |
| ¿Consume alguna droga? | ¿Cuál? | ¿Con que frecuencia? |