

# HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- I. Verifique cada problema que usted ha tenido y escriba la fecha en que lo tuvo en la columna "Bajo Cuidado." Cheque e indique si frecuentemente recibe tratamiento/consejo para el problema.

Condicion Medica	Fecha?	Bajo Cuidado?	Condicion Medica	Fecha?	Bajo Cuidado?
<input type="checkbox"/> Presión Alta	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vision Borrosa	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cuagulación de la Sangre	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mareos, Desmallos, Debil	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Valvula Mitral Prolapso	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Venas Varicosas	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Baja de Azucar en la Sangre	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problema de Tiroide	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neumonía	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desorden al Comer	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sangrado en Exceso	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desorden de Sickle Cell	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desorden Biliar en la Vejiga	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Adicción a Drogas	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Depresion	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Expuesto al Sida	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Siente Dolor con Sexuales	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pelvica	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Herpes	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas de Útero/Tumor	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Venereal Warts	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas con Ovarios/Cistitis	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Syphilis	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gonorrea	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cancer Maligno	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vajinal	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cuidado Siquiatrico	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Utero y Ovarios	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Infeccion de la Vejiga	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Problemas con los Senos	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas del Riñon	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DES Expuesto	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ulceras	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Sueño	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Migraña	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso Domestico	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Severos Dolores de Cabeza	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Severos Dolores de Pecho	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Incapacidad de Aprendizaje	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

- II. Escriba cualquier operación, enfermedades, o heridas severas que usted a tenido, mes aproximado y año de cada uno.

Condicion	Fecha	Condicion	Fecha
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____

- III. Escriba cualquier miembro de su familia (padres, abuelos, hermanos) quienes han heredado enfermedades como diabetes, cancer, enfermedad del corazón, derrames o ataques sangrados.

Miembro de la Familia	Condicion	Miembro de la Familia	Condicion
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- IV. Conteste las siguientes preguntas lo mejor de su conocimiento.

1. Ex alergicaa alguna droga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a que? _____
2. Esta tomando alguna medicina hora?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a que? _____
3. Esta usan dodrogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a que? _____
4. Toma bebidas alcoholicas cada dia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a cuanto? _____
5. Fuma cigarros todos los dias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a cuanto? _____
6. Tomo cafeina todos los dias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a cuantas? _____
7. Toma aspirina todos los dias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es a cuantas? _____

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE (Continuacion)

V. Las siguientes preguntas dan importanté información de su historia ginecologica y de su embarazo.

1. Cuando fue el primer dia de su ultimo periodo normal? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Se ha manchado o sangrado? ☐ Si ☐ No
2. El flujo de este periodo fue (marque 1) ☐ normal ☐ bastante ☐ poco.
3. El flujo del periodo antes fue (marque 1) ☐ normal ☐ bastante ☐ poco.
4. El flujo de mi periodo en los 6 mese antes fue (marque 1) ☐ normal ☐ bastante ☐ poco.
5. A que edad le vajo su periodo por primera vez? \_\_\_\_\_ Are your periods regular? ☐ Si ☐ No
6. A que edad tuvo su primer contacto sexual? \_\_\_\_\_
7. Cuantas parejas sexuales ha tenido en esé ano? \_\_\_\_\_ En los ultimos 5 años? \_\_\_\_\_
8. En promedio, cuantos dias usualmente tiene flujo? \_\_\_\_\_ Tiene calambres dolor? ☐ Si ☐ No
9. Cuantos dias son entre sus periodos?
10. Ha estado antes embarazada? ☐ Si ☐ No (Si ha estado complete la siguiente columna.)

Numero de nacimientos vivos	____	Fechas ____/____	Nacimientos iregular	____	Fechas ____/____
		____			____
		Fechas ____/____			Fechas ____/____

Numero de cesarias	____	Fechas ____/____	Numero de abortos naturales	____	Fechas ____/____
		____			____
		Fechas ____/____			Fechas ____/____

Numero de nacimientos prematuros	____	Fechas ____/____	Numero D & C's	____	Fechas ____/____
		____			____
		Fechas ____/____			Fechas ____/____

Numero de embarazos optopicos o tubal	____	Fechas ____/____	Numero de Abortos	____	Fechas ____/____
		____			____
		Fechas ____/____			Fechas ____/____

11. Cuando fue la ultima fecha de su papa nicoloa (si hay)? \_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar? \_\_\_\_\_
12. Ha tenido un abnormal papa nicolao? ☐ Si ☐ No Si es, explique \_\_\_\_\_
13. Esta usando control de natalidad ahora? ☐ Si ☐ No Que? \_\_\_\_\_
14. Que método de control de natalidad o información, desea ahora? \_\_\_\_\_
15. Esta experimentando algun problema ahora? ☐ Si ☐ No Si es, explique \_\_\_\_\_
16. Cheque cualquiera de los metodos de control de natalidad que usted ha usado o esta usando y llene la información.

Metodo	Cuanto Tiempo Uso?	Problemas Experimentados
<input type="checkbox"/> Pastillas	_____	_____
<input type="checkbox"/> IUD	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diafragma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Espuma o Supositorios	_____	_____
<input type="checkbox"/> Condones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros	_____	_____

He llenado y dije completamente mi historia médica pasada y presente, y doy mi consentimiento al centro contando la informacion requerida tan complete y exacta.

Paciente \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_