

## LAS COLINAS OBSTETRICIA-GINECOLOGIA E INFERTILIDAD

FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OFICIO \_\_\_\_\_  
#TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ #TELEFONO TRABAJO \_\_\_\_\_  
NOMBRE ESPOSO O CONYUGE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ OFICIO \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA

Escriba los medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

Es alergica a algun medicamento? \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

Por favor marque alguna enfermedad significativa que haya tenido: \_\_\_\_\_

*Alta presion	*Ataque cardiaco	
*Problemas del corazon	*Combulsiones	*Ulceras
*Sangrado	*Prolapso de la valvula mitra	*Asma
*Hepatitis	*Coagulos de sangre	*Problemas del rinon
*Fatigas o Dolores musculares extensos	*Problemas de la tiroides	*Otros: _____

### ENUMERE LAS CIRUGIAS QUE USTED HA TENIDO Y LAS FECHAS:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_

\*Usted fuma? \_\_\_\_\_ Cuantos paquetes por dia? \_\_\_\_\_  
\*Usted toma? \_\_\_\_\_ Cuantas bebidas por dia? \_\_\_\_\_  
\*Usted usa drogas(cocaina, marihuana, anfetamina, ect.)? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE SU MENSTRUACION

Su ultimo periodo empezo \_\_\_\_\_

A que edad empezo su primer periodo? \_\_\_\_\_

Han sido irregulares sus periodos durante los ultimos 12 meses? \_\_\_\_\_ SI NO

Si. Explique. \_\_\_\_\_

Tiene usted sangrado o manchas entre sus periodos? \_\_\_\_\_ SI NO

Cada cuantos dias son sus periodos? \_\_\_\_\_

Cuantos dias le duran sus periodos? \_\_\_\_\_

Usted tiene desechos de cuagulos de sangre con sus periodos? \_\_\_\_\_ SI NO

Usted tiene dolores menstruales antes o durante sus periodos? \_\_\_\_\_ SI NO

Usted tiene dolor del pelvis o abdominal cuando no esta en su periodo? \_\_\_\_\_ SI NO

A que edad su mama empezo a experimentar la menopausa? \_\_\_\_\_

### HISTORIA SEXUAL

Usted esta activa sexualmente? \_\_\_\_\_ SI NO

Si. Cuantas veces por semana? \_\_\_\_\_

Usted frecuentemente tiene dolor cuando tiene relaciones? \_\_\_\_\_ SI NO

Cuantos companeros sexuales ha tenido en los ultimos dos anos? \_\_\_\_\_

Ha sido alguna vez diagnosticada con alguna enfermedad sexual? \_\_\_\_\_ SI NO

Si. Por favor marque:

Herpes \_\_\_\_\_, Clamidia \_\_\_\_\_, Gonorrea \_\_\_\_\_, Verrugas Venerias \_\_\_\_\_.

Ha tenido alguna infeccion de las trompas del falopio o del pelvis? \_\_\_\_\_ SI NO

Usted tiene desecho vaginal con mal olor y pican? \_\_\_\_\_ SI NO

Por favor marque el metodo de natalidad:

No activa sexualmente \_\_\_\_\_, Sin proteccion \_\_\_\_\_, El ritmo \_\_\_\_\_, Pastillas Anticonceptivas \_\_\_\_\_,

Diafragma, condones, espumas, esponjas \_\_\_\_\_, IUD/Dispositivo \_\_\_\_\_, Norplant \_\_\_\_\_,

Depo-provera/injeccion \_\_\_\_\_, Ligacion de trompas \_\_\_\_\_, Hysteractomia \_\_\_\_\_, Vaseptomia/Esposo \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez un papanicolau/citologia anormal? \_\_\_\_\_ SI NO

## HISTORIA GESTACIONAL

#De Embarazos: \_\_\_\_\_ #De Niños: \_\_\_\_\_ #Abortos provocados o espontáneos: \_\_\_\_\_  
Día Del Parto Tipo De Parto Complicaciones Durante El Parto

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_

## REVISION DEL SISTEMA

Cuántas horas por semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_  
Que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_  
Ha tenido algún cambio significativo en su peso en el último año? SI NO  
Por favor explique: \_\_\_\_\_  
Usted frecuentemente se siente cansada, sin energía, con sueño, deprimida? SI NO  
Explique: \_\_\_\_\_  
Tiene algún desecho de sus senos/pechos? SI NO  
Si, de cual: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Tiene cabello excesivo en el cuerpo y la cara? SI NO  
Tiene que rasurarse la cara? Cuántas veces por semana? SI NO  
Tiene problemas de acné? SI NO

## SINTOMAS INTESTINALES/VEJIGA

Tiene problemas al orinar(dolor, sensación de urgencia, o frecuencia)? SI NO  
Explique: \_\_\_\_\_  
Se le sale el orin cuando hace ejercicio, tuese, o se rie? SI NO  
Se tiene que levantar al baño por las noches? SI NO  
Cuántas veces por noche? \_\_\_\_\_  
Ha tenido algún cambio en sus movimientos intestinales(estreñimiento, irritación del estómago, diarrea)? SI NO  
Tiene dolor al defecar? SI NO  
Ha notado sangre en sus heces fecales? SI NO

## HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Algun familiar inmediato(madre, padre, hermana, hermano, tías, tíos, ect.) ha tenido:

*Defectos de nacimiento	SI	NO	Quien?	_____
*Enfermedades genéticas	SI	NO	Quien?	_____
*Cáncer del pecho	SI	NO	Quien?	_____
*Cáncer de los ovarios/matriz	SI	NO	Quien?	_____
*Cáncer del recto	SI	NO	Quien?	_____
*Alta presión	SI	NO	Quien?	_____
*Problemas del corazón	SI	NO	Quien?	_____

## HISTORIA ESPOSO/COMPAÑERO

Ha procreado hijos? SI NO Cuántos? \_\_\_\_\_ Edad de su último hijo? \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna enfermedad significativa(incluyendo enfermedades de la niñez, paperas)? SI NO  
Explique: \_\_\_\_\_  
Toma algún tipo de medicina? SI NO  
Ha tenido alguna molestia con la ingle? SI NO  
Ha tenido alguna cirugía (prostata, vasectomía)? SI NO  
El fuma? SI NO Toma? SI NO  
Usa drogas(cocaína, marihuana, anfetamina, etc.)? SI NO  
Ha estado expuesto a radiación o químicos tóxicos? SI NO  
Explique: \_\_\_\_\_