



HISTORIA DE SALUD

Fecha:

Nombre: Apellido, Primer

Fecha de Nacimiento:

Cual es la Razon de su Cita?

OPERACIONES PREVIAS

Por Favor Anote Operaciones/ Que Usted a Tenido:

Tipo: _____ Fecha: _____ Donde: _____

Tipo: _____ Fecha: _____ Donde: _____

Tipo: _____ Fecha: _____ Donde: _____

Tipo: _____ Fecha: _____ Donde: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por Favor Indique Todos los Medicamentos Que Esta Tomando.

Nombre: _____ Mgs/Unidades: _____ Frecuencia? _____

Nombre: _____ Mgs/Unidades: _____ Frecuencia? _____

Nombre: _____ Mgs/Unidades: _____ Frecuencia? _____

Nombre: _____ Mgs/Unidades: _____ Frecuencia? _____

ALERGIAS A MEDICAMIENTOS

Es Alergica Algun Medicamento ? **Si No, Ponga Ninguno Aqui:** _____

Nombre: _____ Tipo de Reaccion: _____

Nombre: _____ Tipo de Reaccion: _____

Nombre: _____ Tipo de Reaccion: _____

HISTORIAL MEDICO

Tien Algun Problema Enfermedades o Trastornos de lo Siguiente?

	No	Si..... Por Favor Explique:
Anemia		
Vejiga		
Sangrado o Coagulas de Sangre		
Enfermedad de la Sangre		
Intestino		
Cancer		Tipo:
Depresion		
Diabetes		

Fibromiagia		
Dolores de Cabeza		
Problemas al Oir		
Corazon		
Hemorroides		
Hernias		
Rinones		
Nigado/Hepatitis		
Enfermedad Mental		
Neurologico		
Osteoporosis		
Accidente de Vehiculo		
Respiratorio/Pulmones		
Alergias Temporal		
Convulsiones		
Enfermedades de Transmision Sexual		
Plel		
Estomago/Intestinos		
Tiroides		
Ulceras		
Vista		
OTRO:		

HISTORIA SOCIAL: POR FAVOR CIRCULE

Estado Marital	Soltera	Casada	Divorciada	Separada	Viuda	Pareja
Sexualmente Activa	Si	No				
Oretacion Sexual	Heterosexual	Homosexual	Bisexual			
Usted Tiene Historia de Esterilidad?	Si	No				
Educacion	Primaria	Secundaria	Universidad			
Ocupacion						
Nivel de Estres?	Bajo	Regular	Alto			
Nivel de Ejercicio?	Nada	Ocasional	Mucho			
Dieta	Regular	Vegetariano	Especial:			
Cafeina Consumida	Nada	Ocasional	Regularmente	Mucho		
Usted na Fumado	Nunca	Pasado	Actualmente	Frecuencia?	Cuanto Tiempo?	
Consumo de Alcohol	Nunca	Ocasional	Regularmente	Excesivo	Cuanto Tiempo ?	
Uso de Drogas	Nunca	Pasado	Actulmente	Tipo de Droga ?	Frecuencia?	
Tiene Gatos en su Hogar ?	Si	No				
Trabaja con Quimicos o Radiacion?	Si	No				
Usted a Tenido						

Biopsias del Cervix Anteriormente?	Si	No	Cuando ? :
Usted usa su Cinturon de Seguridad Rutinariamente?	Si	No	
Usted usa Protector Solar Rutinariamente?	Si	No	
En Caso de una Emergencia Acepta una Tranfusión de Sange ?	Si	No	
Usted es de Ascendencia Judia?	Si	No	
Usted es de Ascendencia Afroamericana ?	Si	No	

HISTORIA FAMILIAR:

Relacion:	Problema	Onset Age	Edad que Fallecio
	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Infartos <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro :		
	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Infartos <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro :		
	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Infartos <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro :		
	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Infartos <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Otro :		

HISTORIA GINECOLOGA :

Fecha de Ultima regal ?	Aproximado?	Definitivo ?
Por Cuantos Dias Tiene su Regla ?		
El Numero de Dias Entne sus Reglas ?		
Como es el Flujo de su Regla ?	Ligero	Regular
Experimenta Coagulacion ?		Pesado
Son Dolorosos sus Periodos ?	Nuca	Raro
Edad que Empezo su Regla?	Ocasional	Siempre
Usted Tiene Historia de Papanicolaos Anormales ?		
Tubo Tratamiento para los Papanicolao ?		
Ha Recivido Tratamiento para Enfemedades de Transmision Sexual ?		
Esta Sexualmente Activa ?		
Que Esta Usando Para Proteccion ?		
Fecha de Ultimo Mamografia ?		
Fecha de Ultimo Papanicolao ?		
Fecha de Ultimo Chequeo de Huesos?		
Ha Recivido su Inyeccion de Gardasil ?		

Edad de Primer Embarazo ?	
Esta Planiando Embarazos en el Futuro ?	
Si Tiene Menopausia, a que Edad Empezo?	

HISTORIA DE EMBARAZOS

Fecha de Parto ?	Resultado? (Termino Completo, Prematuro, Malparto, Aborto)	Duracion de Parto	Peso de Bebe	Sexo del Bebe	Parto Tipo (Vaginal, Cesaria)	Problemas/Complicaciones

Firma de Paciente : _____