



Lifetime Women's Healthcare

CUESTIONARIO MEDICO

Nombre completo:	Fecha:
------------------	--------

Fecha de Nacimiento	Edad:		
Numero de Embarazos:	Partos Vivos:		
Abortos Provocados:	Abortos Naturales:	Partos Prematuros:	
Estatus Marital:	Nacionalidad:	Ocupacion:	Estatura:

PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Es alergica ha algun medicamento?			
Esta tomando alguna medicina, vitamina o suplementos herbales? Si si, indique cuales.			

PADECE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Diabetes?			
Presion Alta?			
Asma/problemas de pulmon, tuberculosis?			
Problemas del corazon?			
Enfermedades de la tiroides?			
Epilepsia?			
Cancer?			
Otros problemas cronicos?			
Ha tenido tranfusiones de sangre?			
Tuvo diabetes o presion alta cuando estaba embarazada?			
Tiene sus vacunas rutinarias al corriente? (Influenza, hepatitis, tetano, etc...)			
Ha tenido alguna cirugia? (Legrado, cesarea, etc)			

PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Cuando fue su ultimo papanicolaou?			
Ha tenido algun mamograma anormal? Si si, indique la fecha.			
Cuando fue su ultimo mamograma?			
Cuando fue su ultimo examen fisico completo?			
Son sus reglas menstruales regulares?			
Cuando fue su ultima menstruacion?			
Sus menstruaciones duran mas de siete dias?			
Usa mas de 6 toallas sanitarias o tampones por dia durante su menstruacion?			
Es usted sexualmente activa?			
Usa algun metodo anticonceptivo? Si si, cual?			
Hace ejercicio regularmente? Si si, indique cual y que tan seguido.			
Usa usted cafeina? (Incluyendo refrescos, bebidas energeticas, cafe, etc...) Si si, indique tipo y cantidad.			
Usted fuma? Si si, a que edad comenzo? Y cuanto fuma.			
Fumaba usted antes? Si si, cuanto paro de fumar y cuanto duro fumando?			
Toma o tomaba bebidas alcoholicas? Si si, indique la cantidad.			
Usa o usaba drogas? Si si, indique que tipo de droga y cuando.			
Su pareja sexual actual o parejas previas, han tenido relaciones intimas homosexuales o usado drogas intravenosas?			
Ha tenido mas de una pareja sexual?			Cuantas este año? Cuantas en lo largo de su vida?
Alguno de sus PADRES, ABUELOS O HERMANOS, han tenido alguno de los siguientes:			
PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Diabetes?			
Presion alta?			
Cancer?			
Enfermedades o ataques al corazon?			

PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Embolia?			
Hepatitis?			
Asma?			
Epilepsia?			
Enfermedades de la sangre o tiroides?			
Fibromas o endometriosis?			
Dificultad con anestesia?			
Enfermedad de celulas falciformes?			
USTED ha tenido alguna de las siguientes endermedades recientemente:			
PREGUNTAS	NO	SI	EXPLICACION
Fiebre inexplicable?			
Cambios de textura de la piel o de cabello?			
Problemas con sus ojos, oidos o nariz?			
Problemas al pasar saliva?			
Problemas al respirar?			
Dolor, bolas o desecho de los senos?			
Mareos o desmayos?			
Dolor de cabeza?			
Sangra o se le hacen moretones facilmente?			
Tos cronica?			
Ardor al orinar o perdida de orina al toser?			
Excremento negro, con sangre o con mocosidad?			
Problemas con relaciones sexuales?			
Pensamientos suicidas?			
Ha tenido historial de depresion o esquizofrenia?			
Hay abuso fisico o mental en la familia?			
Ha tenido alguna enfermedad trasmitida sexualmente?			

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Reviewed by: _____

Date: _____