

WEST KENDALL OBGYN

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de su Visita:

- Ginecología
- Obstetricia
- Urología
- Infertilidad

Historia Medica Personal (Marque si le aplica):

- NINGUNO
- Hipertensión
- Problemas Reumatólogo
- Diabetes
- Colesterol
- Cancer
- Cardiovascular
- Tiroides
- Anemia
- Historia de Citología Positiva
- Problemas Endocrinológicos
- Problemas Gástricos
- Problema de los ojos
- Problemas Urológicos
- Problemas Neurológicos
- Problemas Psicológicos
- Problemas Pulmonares
- Otro _____

Historia Ginecológica (Marque si le aplica):

- NINGUNO
- Primer día de su último periodo _____
- Edad de su primer periodo _____
- Edad de su primer parto _____
- Edad de menopausia _____
- Dias de ciclo menstrual _____
- Duración de flujo menstrual _____
- Método anticonceptivo _____
- Fecha de última Citología _____
- Fecha de última Mamografía _____
- Fecha de última Densidad Ósea _____
- Fecha de última Colonoscopia _____
- Historia de Endometriosis _____
- Historia de Fibroides _____
- Historia de Síndrome Ovárico Poliquístico
- Historia de Enfermedad de Transmisión Sexual

Historia Obstetrica

- NINGUNO
- Total de Embarazos _____
- Aborto Espontáneo _____
- Embarazos Completos _____
- Embarazos Ectópicos _____
- Embarazos Gemelares _____
- Abortos Inducidos _____
- Partos Prematuros _____
- Viven _____

Embarazos Anteriores

| Fecha del Parto | Número de Fetos | Semanas Cumplidas | Peso al Nacer | Sexo | Tipo de parto | Anestesia | Hospital |
|-----------------|-----------------|-------------------|---------------|------|---------------|-----------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

WEST KENDALL OBGYN

HISTORIA MÉDICA

Medicamentos (Nombre y Dosis):

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Alergias y Reacciones

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Historia Social

- Habito de fumar: __ Corriente __ Anterior __ Nunca
- Drogas Ilícitas: __ Si __ No
- Consumo de Alcohol: __ Ocasional __ Moderado __ Excesivo __ Ninguno
- Consumo de Cafeína: __ Ocasional __ Moderado __ Excesivo __ Ninguno
- Nivel de Ejercicios: __ Ocasional __ Moderado __ Excesivo __ Ninguno
- Estado Civil: __ Soltera __ Casada __ Divorciada __ Viuda __ Unión Libre
- Educación: __ Secundaria __ Universidad __ Postgrado
- Ocupación: _____
- Acepta transfusión de sangre en caso de emergencia?: __ Si __ No
- Religión: _____

Historia Familiar (Marque si le aplica):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Ceno _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Cervical _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Ovárica _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Colon _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Uterino _____ | |

Historia De Cirugías (Marque si le aplica):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Aumento de Mamas o Senos | <input type="checkbox"/> Colposcopia |
| <input type="checkbox"/> Reducción de Mamas o Senos | <input type="checkbox"/> Dilatación y Curetaje |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica | <input type="checkbox"/> Ablación Endometrial |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de los Ovarios | <input type="checkbox"/> Laparoscopia |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía / Adenoides | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Escisión Electro -Quirúrgica (LEEP) |
| <input type="checkbox"/> Colecistectomía | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Abdominal | |