

# Women's Healthcare Physicians

## Formulario de Paciente Nuevo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Referida por: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Motivo de su visita: \_\_\_ físico de rutina  
 \_\_\_ Problema

Descripción del Problema: \_\_\_\_\_

Historia Personal	Sí	No	Historia Personal	Sí	No
Ansiedad			Otro(a) ETS		
Asma			Soplo cardiaco		
Transfusiones de sangre			Enfermedades del Corazón		
Trastornos intestinales			Hepatitis / ictericia		
Cáncer de Mama			Presión arterial alta		
Cáncer			Colesterol Alto		
Crónica enfermedad pulmonar			Cálculos renales		
Depresión			Artritis reumatoide		
Diabetes			Apoplejía		
Fractura			Tuberculosis - TB		
Glaucoma			Enfermedad de tiroides		
Herpes Genital			Úlceras		
Verrugas genitales			Otros:		
Gonorrea / Chlamydia					

Por favor explique:

### Explique: ¿Cuándo fue su última prueba o inmunización

	Fecha		Fecha
Papanicolaou		Vacuna contra la gripe	
Mamografía		Gardasil	
Densidad ósea		Tétanos	
Colonoscopia		TB Prueba cutánea	

**Por favor escriba cualquier operación u hospitalizaciones que ha tenido**

Cirugía / Razón	Fecha	Cirugía / Razón	Fecha

**Por favor, indique todos los medicamentos / suplementos que esté tomando**

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis

Alergias (medicamentos, alimentos, sustancias, etc.)

**Compruebe si alguien en su familia inmediata ha tenido, etc.):**

Enfermedad	Si	No	Familiar	Edad
Cáncer de mama				
Cáncer				
Depresión/ Ansiedad				
Diabetes				
Enfermedad del corazón				
Presión arterial alta				
Colesterol alto				
artritis reumatoide				
Apoplejía				
enfermedad de tiroides				
Tuberculosis-TB				
Otros:				

**Historia ginecológica**

¿Utiliza métodos anticonceptivos? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Qué método?

¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primer período? \_\_\_\_\_ Edad

¿Cuánto tiempo dura su periodo? \_\_\_\_\_ días | flujo: Ligero Medio Pesado

Fecha del último período: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | ¿Tiene calambres? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_

### Su Historia Obstétrica

	Número		Número
# total de embarazos		abortos involuntarios	
nacimientos a término		Abortos inducidos	
nacimientos prematuros		niños vivos	

Historia: En la tabla de abajo, por favor rellene respuestas para cada embarazo incluyendo abortos o abortos involuntarios

#	Fecha Nacimiento	Semanas gestación	Peso del bebé	Sexo	Parto: Cesárea / Vaginal	Comentarios / Complicaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						

### Historia social

¿Fuma?  Si  No paquetes al día? \_\_\_\_\_ paquetes

Número de años? \_\_\_\_\_ Años.

¿Usted Toma alcohol?  Si  No Número de bebidas por día? \_\_\_\_\_ bebidas

Número de bebidas a la semana? \_\_\_\_\_ bebidas

¿Utiliza alguna droga?  Si  No Tipo de droga? \_\_\_\_\_

Frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Está usted sexualmente activa? Parejas sexuales  Si  No Vida:  menos de 5

¿Tiene relaciones sexuales con:  Hombre  Mujer o  Ambos  Mas de 5

Cualquier historia de abuso:  Si  No Tipo de abuso?  físico  Emocional  Sexual

## Revisión de los Sistemas

Favor verifique si usted tiene cualquiera de los siguientes:

<b>Constitucional</b> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> aumento de peso <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> sofocos	<b>genitourinario</b> <input type="checkbox"/> perdida de orina <input type="checkbox"/> sangre en la orina <input type="checkbox"/> disminución de deseo sexual <input type="checkbox"/> sexo doloroso <input type="checkbox"/> úlceras genitales
<b>Ojos</b> <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> cambios de visión	<b>Piel</b> <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> cambios a lesiones o lunares
<b>HEENT</b> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> dolor de senos nasales <input type="checkbox"/> hemorragias nasales <input type="checkbox"/> masa tiroidea	<b>Neurológica</b> <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> problemas de memoria <input type="checkbox"/> perdida de equilibrio <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo
<b>de mama</b> <input type="checkbox"/> masa <input type="checkbox"/> sensibilidad <input type="checkbox"/> secreción del pezón <input type="checkbox"/> cambios anormales en la mama	<b>musculoesquelético</b> <input type="checkbox"/> Dolor o hinchazón de articulaciones <input type="checkbox"/> dolor muscular <input type="checkbox"/> dolor de espalda
<b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> hinchazón de piernas	<b>Endocrino</b> <input type="checkbox"/> pérdida de cabello <input type="checkbox"/> dificultada para tolerar frio <input type="checkbox"/> dificultad para tolerar calor
<b>Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> falta de aliento <input type="checkbox"/> escupir sangre	<b>Psiquiátrico</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> cambios de humor
<b>gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> defecar con sangre/negro	<b>hematológicos</b> <input type="checkbox"/> moretones <input type="checkbox"/> cortes que no dejan de sangrar <input type="checkbox"/> ganglios linfáticos agrandados
<b>genitourinario</b> <input type="checkbox"/> orina frecuente <input type="checkbox"/> dolor al orinar	<b>Otro</b> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>