

Women's Healthcare Physicians  
Actualización Anual de Paciente Establecido

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Fecha de hoy:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cualquier preocupación para discutir hoy?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lista de todos los Medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias(medicamentos):** \_\_\_\_\_

**Fecha de la última citología** \_\_\_\_\_ **Fecha de la última colonoscopia** \_\_\_\_\_  
**Fecha de la última mamografía** \_\_\_\_\_ **Proveedor de atención primaria** \_\_\_\_\_  
**Fecha de la última densidad ósea** \_\_\_\_\_

**Historia menstrual** (omite esta sección si posmenopáusica):

Último periodo menstrual: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia tienen un período? \_\_\_\_\_  
Duración de sangrado? \_\_\_\_\_ Manchado entre períodos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cantidad de flujo? Leve \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Pesado \_\_\_\_\_  
dolor con la menstruación? Ninguno \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Severo \_\_\_\_\_

**Anticoncepción** (omite esta sección si posmenopáusica):

Ninguno / Pastillas anticonceptivas / Tubal / DIU / Vasectomía / Ritmo / Condón / Parche / Anillo  
¿Utiliza regularmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Planea quedar embarazada este año? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Quieres información sobre control de la natalidad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Está usted y su pareja satisfecho con el método actual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, por favor  
explique: \_\_\_\_\_

**Historia sexual:** Satisfactorio \_\_\_\_\_ Insatisfactorio \_\_\_\_\_ No sexualmente activa \_\_\_\_\_

Por favor, especifique: Soltera / Casada / Divorciada / Viuda / vive con pareja

¿Ha habido algún cambio reciente en su relación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo,  
especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 12 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Embarazos:**

Número total de embarazos \_\_\_\_\_ prematuros \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_ Abortos Involuntarios \_\_\_\_\_ ectópico  
(en las trompas) \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Niños que viven \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** Hay alguien en su familia inmediata ha tenido alguno de los siguientes?

Cáncer de Mama Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Infarto a los 60 o menos Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cáncer de ovario Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Colesterol Alto Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cáncer de colon Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Enfermedad de tiroides Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Coágulo sanguíneo en la pierna o pulmón Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Desde su última visita, ¿ha tenido algún cambio en su historial médico? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Revisión de Sistemas:** ¿Está teniendo cualquiera de los siguientes?

Pérdida de peso	Sí No	Debilidad muscular	Sí No
Aumento de peso	Sí No	Depresión	Sí No
Fatiga	Sí No	Ansiedad	Sí No
Cambios en la visión	Sí No	Cambios en la piel	Sí No
Sinusitis	Sí No	Calores	Sí No
Llagas	Sí No	Moretones con facilidad	Sí No
Hinchazón de piernas	Sí No	Ganglios linfáticos agrandados	Sí No
Dolor en el pecho	Sí No	Dolor en articulaciones	Sí No
Tos	Sí No	Cambio en los hábitos intestinales	Sí No
Falta de aire	Sí No	náuseas / vómitos	Sí No
Dolores de cabeza /	Sí No		
Migraña		Incontinencia Urinaria	Sí No
Entumecimiento	Sí No	Urgencia / Frecuencia	Sí No

**Bienestar:**

- ¿Usted toma suplementos de calcio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Hace ejercicio regularmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Está usted actualmente a dieta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Usa el cinturón de seguridad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Utiliza drogas ilícitas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Consumo de Tabaco \_\_\_\_\_ paquetes / día
- Consumo de alcohol \_\_\_\_\_ Bebidas / semana
- 
- ¿Ha sido vacunada con Gardasil (vacuna contra el VPH) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una vacuna contra la hepatitis A / B? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Women's Healthcare Physicians  
775 1<sup>st</sup> Ave N. Naples, FL 34102/11181 Health Park Blvd., Ste 2277 Naples, FL 34110  
PH: (239) 262-3399 Fax: (239) 261-1189