

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

### HISTORIA GINECOLOGICA

1. Fecha de su ultimo Papanicolau: \_\_\_\_\_
2. Papanicolau anormal: SI NO
3. Si aplica, Fecha de procedimiento de escisión electro quirúrgica en asa: \_\_\_\_\_ Si aplica, fecha de Colposcopia: \_\_\_\_\_
4. Edad a su primer hijo/a: \_\_\_\_\_
5. Edad en su primer ciclo menstrual: \_\_\_\_\_
6. ¿Le llega su periodo cada mes? SI NO
7. Días entre cada ciclo menstrual: \_\_\_\_\_
8. Fecha de su último periodo: \_\_\_\_\_
9. Fecha: Desconocida / Aproximada / Definida
10. Duración del flujo (Días): \_\_\_\_\_
11. Flujo: Poco/Moderado/Pesado
12. Anticonceptivo actual: \_\_\_\_\_
13. Anticonceptivo deseado: \_\_\_\_\_
14. Fecha de su última colonoscopia (Si aplica): \_\_\_\_\_
15. Fecha de su última mamografía (Si aplica): \_\_\_\_\_
16. Si es posmenopáusica, fecha de menopausia: \_\_\_\_\_
17. Sangrado posmenopáusico: Si o No
18. Terapia de reemplazamiento de hormonas: Si o No
19. Densidad ósea más reciente: \_\_\_\_\_
20. ¿Activa sexualmente? Si o No
21. ¿Problemas sexuales? Si o No
22. ¿Enfermedades sexuales? Si o No
23. ¿Vacuna de VPH? Si o No

### HISTORIA DE FAMILIA (Marcar cualquiera que aplique e indique la relación)

1. Ningunas enfermedades o condiciones
2. Anemia: \_\_\_\_\_
3. Desordenes de coagulación de la sangre: \_\_\_\_\_
4. Diabetes: \_\_\_\_\_
5. Desordenes de la glándula de tiroides: \_\_\_\_\_
6. Carcinoma del endometrio \_\_\_\_\_
7. Enfermedad del corazón: \_\_\_\_\_
8. Embarazo de alto riesgo: \_\_\_\_\_

9. Desorden hipertensivo: \_\_\_\_\_
10. Neoplasia maligna de útero: \_\_\_\_\_
11. Neoplasia maligna del seno: \_\_\_\_\_
12. Neoplasia maligna del cérvix: \_\_\_\_\_
13. Neoplasia maligna del ovario: \_\_\_\_\_
14. Esclerosis múltiple: \_\_\_\_\_
15. Osteoporosis: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

1. ¿La transfusión de sangre sería aceptable en caso de emergencia? Si o No
2. ¿Realiza un autoexamen mensual de los senos? Si o No
3. ¿Cinturón de seguridad usado de forma rutinaria? Si o No
4. ¿Usa protector de sol? Si o No
5. ¿Fuma? ¿Anteriormente o Actual?
6. ¿Fumo antes del embarazo? Si o No
7. ¿Exposición pasiva al humo? Si o No
8. Si fuma, ¿cuánto? Nada o \_\_\_\_\_ paquetes por día/semana
9. Ha fumado desde la edad: \_\_\_\_\_
10. ¿Activa sexualmente? Si o No
11. ¿Sexo protegido? Siempre/ Usualmente/ Nunca
12. Orientación sexual: Heterosexual/ Homosexual/ Bisexual
13. ¿Alto número de parejas sexuales? Si o No
14. Historia de inconsistente/sin condón? Si o No
15. ¿Pareja sexual tiene VIH? Si o No
16. ¿Pareja sexual usa drogas intravenosas? Si o No
17. ¿Directiva anticipada? Si o No
18. ¿Consumo de Alcohol? Nada/ Ocasionalmente/ Moderado/ Pesado
19. ¿Consumo de alcohol antes del embarazo? Nada/ Ocasionalmente/ Moderado/ Pesado
20. ¿Cuántos años de consumo de alcohol? \_\_\_\_\_
21. Estado civil: \_\_\_\_\_
22. Número de hijos/hijas: \_\_\_\_\_
23. Vive con gatos/está expuesta a la arena para los gatos? Si o No
24. ¿Vive solo o con otros? \_\_\_\_\_
25. ¿Casa o trabajo de uno o varios niveles? \_\_\_\_\_
26. Nivel de educación: \_\_\_\_\_
27. ¿Trabajando actualmente? Si o No
28. Ocupación: \_\_\_\_\_
29. Riesgos de salud en su trabajo: \_\_\_\_\_
30. ¿Viajes aéreos frecuentes? Si o No
31. Dieta: Regular/ Vegetariana/ Sin gluten/ Cardíaco/ Diabético

32. Ingesta de cafeína: Ocasionalmente/ Moderado/ Pesado
33. Nivel de ejercicio: Ocasionalmente/ Moderado/ Pesado
34. ¿Uso de drogas ilícitas? \_\_\_\_\_
35. ¿Usa drogas intravenosas? Si o No
36. Drogas ilícitas antes del embarazo: \_\_\_\_\_
37. Drogas ilícitas – años de uso: \_\_\_\_\_
38. ¿Suplementos? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO (Su historia clínica personal; circule o marque cualquiera que aplique)**

Ningunas enfermedades o condiciones	Problemas Gastrointestinales
Abuso/Violencia Domestica	Dolores de Cabeza
Reflujo Acido	Enfermedad del Corazón
Acné	Hepatitis
Anemia	Colesterol Alto
Complicaciones con anestesia	Hipertensión
Desorden de Ansiedad	Infertilidad
Artritis	Enfermedad de los Riñones
Asma	Enfermedad de la Vejiga
Defectos de Nacimiento	Enfermedad de los pulmones
Transfusión de Sangre	Osteoporosis
Cáncer del Seno	Otro
Problema del Seno	Cáncer del Ovario
Cáncer	Pólipos
Depresión	Pre-Eclampsia
Diabetes	Enfermedad psiquiátrica
Desorden Alimenticio	Derrame Cerebral
Eczema	Trombofilias
Endometriosis	Problemas con el tiroides
Fibromialgia	Varicosidades

**Historial quirúrgico (Escriba las fechas si corresponde)**

1. Sin cirugía: \_\_\_\_\_
2. Abdominoplastia: \_\_\_\_\_
3. Apendicectomía: \_\_\_\_\_
4. Mastectomía bilateral: \_\_\_\_\_
5. Biopsia del Seno: \_\_\_\_\_
6. Implantes del Seno: \_\_\_\_\_
7. Cirugía del Seno: \_\_\_\_\_
8. Cesárea: \_\_\_\_\_
9. Colectomía: \_\_\_\_\_
10. Colonoscopia: \_\_\_\_\_
11. Colposcopia: \_\_\_\_\_
12. Dilatación y Curetaje: \_\_\_\_\_
13. Embarazo Ectópico: \_\_\_\_\_
14. Ablación endometrial: \_\_\_\_\_
15. Biopsia endometrial: \_\_\_\_\_
16. Sigmoidoscopia flexible: \_\_\_\_\_
17. Histeroscopia: \_\_\_\_\_
18. Procedimiento LEEP: \_\_\_\_\_
19. Laparoscopia: \_\_\_\_\_
20. Laparotomía: \_\_\_\_\_
21. Mastectomía: \_\_\_\_\_
22. Miomectomía: \_\_\_\_\_
23. Ooforectomía: \_\_\_\_\_
24. Cirugía Ortopédica: \_\_\_\_\_
25. Otro: \_\_\_\_\_
26. Cistectomía del Ovario: \_\_\_\_\_
27. Histerectomía Parcial: \_\_\_\_\_
28. Cirugía del Tiroides: \_\_\_\_\_
29. Amigdalectomía: \_\_\_\_\_
30. Colectomía total: \_\_\_\_\_
31. Histerectomía Total: \_\_\_\_\_
32. Ligadura: \_\_\_\_\_

## Historial de Embarazo Pasado

1. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
  - a. # de fetos: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Termino, Prematuro, Aborto Inducido, Aborto espontaneo, Ectópico, Muerte fetal?
  - c. Peso: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas
  - d. Vaginal o Cesárea
  - e. Edad gestacional a parto: \_\_\_\_\_ Semanas
  - f. Duración del parto: \_\_\_\_\_ Horas
  - g. Anestesia usada: General, Local, Epidural, Espinal, Ninguno
  - h. Parto Prematuro: Si o No
2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
  - a. # de fetos: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Termino, Prematuro, Aborto Inducido, Aborto espontaneo, Ectópico, Muerte fetal?
  - c. Peso: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas
  - d. Vaginal o Cesárea
  - e. Edad gestacional a parto: \_\_\_\_\_ Semanas
  - f. Duración del parto: \_\_\_\_\_ Horas
  - g. Anestesia usada: General, Local, Epidural, Espinal, Ninguno
  - h. Parto Prematuro: Si o No
3. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
  - a. # de fetos: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Termino, Prematuro, Aborto Inducido, Aborto espontaneo, Ectópico, Muerte fetal?
  - c. Peso: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas
  - d. Vaginal o Cesárea
  - e. Edad gestacional a parto: \_\_\_\_\_ Semanas
  - f. Duración del parto: \_\_\_\_\_ Horas
  - g. Anestesia usada: General, Local, Epidural, Espinal, Ninguno
  - h. Parto Prematuro: Si o No
4. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
  - a. # de fetos: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Termino, Prematuro, Aborto Inducido, Aborto espontaneo, Ectópico, Muerte fetal?
  - c. Peso: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas
  - d. Vaginal o Cesárea
  - e. Edad gestacional a parto: \_\_\_\_\_ Semanas
  - f. Duración del parto: \_\_\_\_\_ Horas
  - g. Anestesia usada: General, Local, Epidural, Espinal, Ninguno
  - h. Parto Prematuro: Si o No