

¿Qué es la razón para su visita hoy?

Historial Médico Personal

¿Ha tenido **USTED** cualquier de estos problemas – **presente o pasado**? Favor de marcar con un círculo.

Papanicolaou anormal	Asma	Enfermedad de hígado	Fibromas
Infección VPH (virus papiloma humana)	Hipertensión (alta presión sanguínea)	Migraña	Síndrome de ovario poliquístico (SOP)
Gonorrea	Enfermedad congénita del corazón	Coágulos sanguíneos en la pierna o el pulmón (TVP o EP)	Cáncer de mama (seno)
Clamidia	Ataque de corazón / enfermedad de las arterias coronarias	Trastornos con el sistema sanguíneo: anemia falciforme o rasgo	Cáncer del útero (matriz)
Tricomoniiasis (Tric)	Diabetes gestacional (sólo durante de embarazo)	Trastornos con el sistema sanguíneo: talasemia	Cáncer colorrectal
VIH/ SIDA	Diabetes (no causada por embarazo)	Trombofilia (causa coágulos en las vías sanguíneas)	Cáncer del ovario
Herpes genital u oral	Lupus (enfermedad de los tejidos conectivos)	Más de dos abortos espontáneos	Cáncer del cuello uterino
Hepatitis	Infección de las vías urinarias (vejiga/riñón)	Tipo de sangre RH negativo	Otro tipo de cáncer
Sífilis	Piedras en el riñón	Anemia/ bajo hierro	Infertilidad
Verrugas genitales	Otros trastornos del riñón	Fibrosis quística o portadora de FQ	Historia de trauma o violencia
Depresión	Ansiedad	Problemas en la glándula tiroides	Problema con anestesia
Otros trastornos mentales	Tuberculosis (TB)		

¿Otros problemas médicos corrientes o en el pasado? _____

¿Cuáles **cirugías** ha tenido/ en qué año?

Cesárea	Histerectomía	Ooforectomía (extirpación de ovarios)	Esterilización (ligar o extirpar las trompas)
Colecistectomía (extirpación de la vesícula)	Apendicectomía (extirpación del apéndice.	Miomectomía (extirpación de fibromas)	Extirpación de tonsilolitos/ adenoides

Otras Cirugías:



Obstetricia y Ginecología:

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

¿Cuántos bebés nacidos vivos? _____

¿Cuántos abortos espontáneos /terapéuticos? _____

¿Ha tenido embarazos en la trompa (ectópicos)? _____

¿Cuántos niños vivos ahora? _____

Favor de anotar cada embarazo:

Fecha	Bebé vivo o muerto	Tipo de parto (vaginal o cesárea)	Complicaciones

¿Su edad cuando empezó a reglar? _____ ¿Tiene periodos cada mes? _____

¿Cuándo empezó su última regla? _____

Identifico mi género como: Mujer Hombre Trans-mujer Trans-hombre Otro _____

Mi género al nacer: Mujer Hombre

Tengo atracción a/ tengo relaciones con parejas: Masculinos Femeninas Trans-mujeres Trans-hombres
 Otro _____

¿Cuándo quisiera tener un embarazo? _____

¿Está usando cualquier método para evitar un embarazo? ____ ¿Cuál método usa? _____

¿Fuma usted? No Sí ¿Qué fuma? _____

¿Cuánto fuma? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? No Sí ¿Qué toma? _____

Cuánto toma _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Usa drogas de la calle? No Sí ¿Qué usa? _____

¿Cuánto usa? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿En este momento se encuentra Ud en circunstancias sociales que pueden afectar su salud o su seguridad, como alojamiento inestable, escasez de comida, inseguridad de empleo, violencia o abuso personal?

No Sí Prefiero conversar en persona

Favor de explicar:

Alergias:



No tengo alergias a drogas/ alimentos/ medio ambiente

Sí. Alergias/ Reacciones

Medicamentos actuales/ Suplementos: No tomo medicamentos actualmente

Historial Médico Familiar:

¿Cuáles enfermedades aparecen en su familia? Marque con un círculo e indique cuál pariente.

Diabetes	Hipertensión (alta presión sanguínea)	Coágulos sanguíneos en la pierna o el pulmón	Derrame cerebral
Problemas en la glándula tiroides	Problemas del hígado	Problemas del riñón	Enfermedades autoinmunes

¿Cáncer? ¿Qué tipo? _____

¿Otra cosa? _____

Mantenimiento de la salud:

¿Tiene Ud un médico de cuidado de salud primario? No Sí ¿Quién es? _____

¿Ha tenido un mamograma /una mamografía? No Sí ¿Dónde/Cuándo? _____

¿Ha tenido un Papanicolaou? No Sí

¿Ha tenido una prueba de detección del cáncer de colon? No Sí ¿Dónde/Cuándo? _____

Sólo para adolescentes:

Quisiéramos fomentar participación de su familia en su atención de salud, pero entendemos que a veces usted quiera una visita confidencial y privada, sin sus padres/guardianes legales. En ciertos casos, estamos obligados a divulgar información -- sobretodo si se trata de violencia/abuso o de pensamientos suicidas o de intención de lastimarse a si misma o a otra gente.

¿Quiere Ud que esta visita de hoy sea confidencial y privada, sin participación de sus padres/guardianes

No Sí