

CUESTIONARIO MEDICO HISTORIAL DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL

PRINTE SU NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

RAZON DE SU VISITA _____

ALERGIAS (por favor especifique) _____

Medicamentos (nombre, dosis, frecuencia y porque esta tomando)

ANTECEDENTES MEDICOS Y FAMILIARES

Por favor, compruebe ✓ si usted o alguna familiar de sangré tenían alguna de las siguientes condiciones.

Historia Medico	Usted	Familia		Usted	Familia
Dolor de Cabeza/Migraña	___	___	Enfermedad del hígado	___	___
Convulsiones	___	___	Cancer de Colon	___	___
Enfermedad de la tiroides	___	___	Enfermedad del riñon	___	___
Perdida/Aumento de peso	___	___	Infeccion urinarias	___	___
Enfermedad del corazón	___	___	Incontinencia Urinaria	___	___
Alta presión	___	___	Anemia/Desorden sanguineo	___	___
Enfermedad Pulmonar	___	___	Transfusión de sangre	___	___
Colesterol alto	___	___	Venas varicosas/Flebitis	___	___
Diabetes	___	___	Osteoporosis	___	___
Cancer de mama	___	___	Ansiedad/Depresion	___	___
Reflujo ácido	___	___	Cañcer (quetipo)		
Úlcera Péptica (Stomago)	___	___	Colon	___	___
VIH/SIDA	___	___	Ovario	___	___
Hep B	___	___	Uterino	___	___
Hep C	___	___	Endometrial	___	___

Si su repuesta es si por favor use las lineas abajo para describir tipos de enfermedad, fecha de diagnostio y tratamiento _____

Alguna vez a recibido tratamiento por SARM (staphylococcus aureus resistente a la metilina)
Si, Y cuando se contrajo lugar de exposicion, tratado por quien? (explique por favor)

Historia Ginecologica

Por favor, enumere la fecha, nombre y razon de cualquier procedimiento hecho en su cuello del utero, utero ovarios incluyendo papanicolaou abnormal.

PRINTE NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

Historial menstrual:

Edad en el 1er periodo	_____	¿Dolores con el periodo?	Si ___ No ___
¿Fecha del ultimo periodo?	_____	¿Medicacion para dolor menstrual?	Si ___ No ___
¿Con qué frecuencia tiene un periodo?	_____	¿Sangrado entre periodos?	Si ___ No ___
¿Cuanto tiempo dura su periodo?	_____	Describe _____	
¿Cuántos periodos en el ultimo año?	_____	¿Sanrado despues de relaciones? ___ ___	
		Describe _____	

Fecha de la menopausia _____

Sintomas con la menopausia _____

Tratamiento para los sintomas menopausicos _____

¿Fecha de ultimo mamograma? _____ Resultado _____

¿Tiene historia personal de dolor en los senos? Si ___ No ___

Si, su repuesta es si describe por favor _____

¿Fecha de ultimo papanicolaou? _____ Resultado _____

Por favor describe su metodo anticonceptivo, Si es pildora por favor incluya nombre.

	SI	NO
¿Usted tiene historia de infeccion vaginales?	___	___
Hongo	___	___
Vaginosis Bacteriana	___	___
Trichomonas	___	___
Chlamydia	___	___
Herpes	___	___
Gonnorrhea	___	___
Verrugas genitales	___	___
VIH/SIDA	___	___

Si, describe por favor _____

HISTORIA SEXUAL

¿Alguna vez has tenido coito (sexo)? _____

¿Usted ha tenido sexo reciente con una nueva pareja? _____

¿Alguna vez tuvo coito encontra de su voluntad? _____

¿Usted previamente o actualmente a sido abusada por su pareja? _____

¿Usted es sexualmente activa ahora? _____

Si, su respuesta es si Hombre _____ Mujer _____

Numero de parejas sexuales en su vida? _____

HISTORIAL SOCIAL

	SI	NO		
FUMA?	___	___	Cuanto al dia? _____	Por cuantos años? Dejo? ___
Toma alcohol?	___	___	Cuanto? _____	Quetan seguido? _____
Usa drogas?	___	___	Que tipo? _____	Quetan seguido? _____
Toma CAFEINA?	___	___	Que tipo? _____	Cuanto al dia? _____
Hace ejercicio?	___	___	Que tan seguido? _____	Por cuanto tiempo? _____
Toma acido folico?	___	___	Que tan sequido? _____	Cuanto al dia? _____

PRINTE SU NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

HOSPITALIZACIONES PASADAS

Indique la fecha y el motivo de la estadia en el hospital, excluyendo el nacimiento de un hijo/a

CIRUGIAS PASADAS

Indique la fecha y el nombre del procedimiento y el motivo de las cirugias que no se mencionaron anteriormente.

HISTORIAL OBSTETRICO

Embarazos _____
Prematuros _____
Malparto _____
Abortos _____
Niños que viven _____

Por cada embarazo por favor complete:

Fecha de nacimiento Semanas de embarazo Peso al nacer Sexo Tipo de parto

Medico _____ Fecha _____

Nota: Los documentos confidenciales se mantienen eh el mas alto grado de estado ético y legal. Este centro médico cumple estrictamente las estrictas normas y leyes del estado de Illinois y lo las legislación Federal de confidencialidad diseñada para proteger los derechos del paciente.

Firma _____ Fecha _____