

CUESTIONARIO MEDICO HISTORIAL DEL PACIENTE – CONFIDENCIAL

Razón de visita _____ Alergias (favor de especificar) _____

Historial medico y familiar

Por favor marque si usted o familiar (pariente consanguíneo) ha tenido alguna condición siguiente:

Perdida/aumento de peso _____	Enfermedad intestinal _____	Enfermedad de la tiroides _____
Dolor de cabeza/ migraña _____	Incontinencia urinaria _____	Úlcera gastroduodenal _____
Enfermedad valvular _____	Infección urinaria _____	Hernia de hiato _____
Enfermedad reumática _____	Transfusión sanguínea _____	Hepatitis _____
Alta presión _____	Enfermedad sanguínea _____	Enfermedad de riñón _____
Alto colesterol _____	Anemia _____	Ansiedad/depresión _____
Enfermedad respiratoria _____	Venas varicosas/flebitis _____	Osteoporosis _____
Pulmonaria _____	Diabetes _____	Epilepsia/neurológico _____
	Enfermedad del mama _____	
	Cáncer (Que tipo) _____	

Hace ejercicio? Si No Comentarios _____

Ingresos hospitalarios apunte solo cirugías y enfermedades serias que requirieron hospitalización (no incluya partos)

AÑO	RAZON DE ADMICION	AÑO	RAZON DE ADMICION
1 _____	_____	3 _____	_____
2 _____	_____	4 _____	_____

Medicamentos anote TODO los medicamentos (dosis y frecuencia) que actualmente esta tomando con o sin receta.

Historia ciclo menstrual

Primer menstruación (edad) _____	DOLOR/COLICO MENSTRUAL	TOMA MEDICAMENTO PARA DOLOR?
Fecha del ultimo ciclo _____	Leve <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Actualmente menstruando primer día _____	Moderado <input type="checkbox"/>	
intermedio (frecuencia) _____	Fuerte <input type="checkbox"/>	
Duración del sangrado (días) _____	siempre presente <input type="checkbox"/>	
Cuantos ciclos en el ultimo año _____	sangrado o machado entre periodos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Historia de la menopausia (si aplica) _____	Sofocos ó Calores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamientos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Infecciones vaginales (historial)	Hongo <input type="checkbox"/>	Tricomoniasis <input type="checkbox"/>	Clamidia <input type="checkbox"/>	Herpes <input type="checkbox"/>
	Gonorrea <input type="checkbox"/>	vaginosis bacteriana <input type="checkbox"/>	verrugas genitales <input type="checkbox"/>	

Mamo grama/ultima fecha _____ Normal Anormal Se hace autoexamen del seno mensualmente? Si No

Papanicolaou fecha _____ Normal Anormal

Anti conceptivo -historial	Método actual? _____	Métodos anteriores? _____	Si uso pastillas, que marca? _____
----------------------------	----------------------	---------------------------	------------------------------------

Obstétrico(Especificar numero) Embarazos _____ Prematuros _____ Malparto _____ Abortos _____ Niños que viven _____

Fecha de nacimiento	Semanas de embarazo	Peso al nacer	sexo	Tipo de parto	Fecha de nacimiento	Semanas de embarazo	Peso al nacer	sexo	Tipo de parto
1. _____	_____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	_____

Historia Social

Fuma?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Cantidad diaria	Cuantos años?	Dejo de fumar?
Bebe alcohol?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Cantidad	Frecuencia	Dejo de beber?
Utiliza drogas ilegales?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Que tipo?	Frecuencia?	
Consumo caféína?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Que tipo?	Frecuencia?	

Historia sexual

Si No Ha tenido relaciones sexuales vaginales Es usted sexualmente activo horita? Si No

Si No Ha tenido relaciones sexuales con una nueva pareja recientemente? Si?, su pareja es masculino femenino

Si No Ha tenido relaciones contra su voluntad? Cantidad de parejas sexuales _____

Comentarios:

Medico _____

Nota: Los documentos confidenciales se celebrará absolutamente el más alto grado de la condición ética y legal. este centro médico cumple rígidamente en estricta conformidad con las leyes y reglamentos del Estado de Illinois y la legislación federal de confidencialidad destinadas a proteger los derechos del paciente

Firma _____ Fecha _____