

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Revisado \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Médico/enfermera \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Revisado \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Médico/enfermera \_\_\_\_\_

Derivada por: \_\_\_\_\_ Revisado \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Médico/enfermera \_\_\_\_\_

Cantidad de embarazos: \_\_\_\_\_ Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_

<b>HISTORIA GINECOLÓGICA</b>		<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
¿Sus períodos son regulares, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene calambres menstruales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Hay sangrado entre un período y el otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez fue sexualmente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Actualmente es sexualmente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De ser así, la pareja es <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer			
Duración: _____ meses o _____ años			

  

¿Tiene una relación monogámica? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
¿Anticonceptivos actuales? <input type="checkbox"/> ninguno			
<input type="checkbox"/> condones <input type="checkbox"/> pastillas <input type="checkbox"/> inyección depo povera			
<input type="checkbox"/> parche <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> anillo vaginal <input type="checkbox"/> diafragma			
<input type="checkbox"/> ligadura de trompas <input type="checkbox"/> vasectomía <input type="checkbox"/> método del ritmo			
Antecedentes de: <input type="checkbox"/> quiste de ovario			
<input type="checkbox"/> fibromas			
<input type="checkbox"/> bulto en la mama/ enfermedad mamaria			

  

<i>Marque el casillero si alguna vez recibió tratamiento por alguna de las siguientes infecciones</i>		<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
Infección vaginal bacteriana/BV/Vaginosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tricomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clamideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>		<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coágulos sanguíneos en las venas/arterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección/cálculos en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo/problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____	Ataques/convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatitis/ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>OPERACIONES</b>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>FECHA</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>FECHA</i>
Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Extirpación de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Biopsia mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otra cirugía/hospitalización:		
Apendicectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>FECHA</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>FECHA</i>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular antes de los 50 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coágulo sanguíneo que requiere anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otros:		

<b>MEDICACIONES:</b>	<b>ALERGIAS:</b>

<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace ejercicios regularmente?	<input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sigue una dieta con alto contenido en grasas/azúcar?	<input type="checkbox"/>
Número en promedio de copas/día _____			¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>
¿Consumo alguna droga recreativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente segura en su casa/relación?	<input type="checkbox"/>

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: por favor, marque cualquiera de los siguientes que corresponda.

	Fecha de hoy	Fecha	Fecha	Fecha
<b>1. CONSTITUCIONAL</b>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. OJOS</b>	Manchas delante de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. NARIZ GARGANTA Y OIDO/BOCA</b>	Problemas en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. CARDIOVASCULAR</b>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Palpitaciones/salteo de latidos cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. RESPIRATORIO</b>	Sibilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. GASTROINTESTINAL</b>	Diarrea o constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en materia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. GENITOURINARIO</b>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frecuencia/urgencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdidas urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Períodos abundantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Períodos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangrado entre los períodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Picazón/ardor vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flujo anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. MUSCULOESQUELÉTICO</b>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor muscular/articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. PIEL/MAMA</b>	Dolor de mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bulto en las mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Supuración de los pezones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. NEUROLÓGICO</b>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entumecimiento en los brazos/piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. PSIQUIÁTRICO</b>	Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. ENDÓCRINO</b>	Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. HEMATOLOGICO/LINFÁTICO</b>	Hematomas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortes que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agrandamiento de los nódulos linfáticos/glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</b>	Alergias (a las comidas/al polen/etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Último período:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Último PAP:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última mamografía:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última densitometría ósea:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última colonoscopia:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Firma de la paciente \_\_\_\_\_

Fecha:

Firma del médico/ de la enfermera: \_\_\_\_\_

Fecha:

Revisado: Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Iniciales del médico/de la enfermera \_\_\_\_\_

Revisado: Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Iniciales del médico/de la enfermera \_\_\_\_\_

Revisado: Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente \_\_\_\_\_ Iniciales del médico/de la enfermera \_\_\_\_\_

Revisado: 10/06