

**HISTORIA MEDICA OBSTETRICA**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Completar el Formulario \_\_\_\_\_

**NOTAS DEL MEDICO**

**HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD**

1. ¿Tiene alergias a alguna medicina? .....  Sí  No

Si es sí, favor de hacer una lista: \_\_\_\_\_

2. Favor de indicar cualquiera condición que usted tiene o ha tenido en el pasado:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre  | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñon |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus        | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia            |   |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza        | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia         | <input type="checkbox"/> Migrañas                         |
| <input type="checkbox"/> Cancer                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre  | <input type="checkbox"/> Grupo B Estreptococo | <input type="checkbox"/> Otro                             |
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón   | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Varicela                         |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Intestino | <input type="checkbox"/> Herpes               | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida)             |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional      |   | <input type="checkbox"/> Hiperactividad       |   |

Describe si es necesario: \_\_\_\_\_

3. Favor de indicar cualquiera cirugía que ha tenido: \_\_\_\_\_

4. Favor de describir cualesquier problemas de salud o síntomas que usted tiene ahora mismo: \_\_\_\_\_

**EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:**

1. ¿Usa tabaco?  Sí  No Si es sí, ¿Cuantos al día? \_\_\_\_\_

2. ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No Si es sí, ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Que tipos de bebida(s)? \_\_\_\_\_

3. Por favor liste cualquier medicinas tomadas desde su último período, incluyendo medicinas disponibles sin receta: \_\_\_\_\_

4. Por favor liste cualquier drogas usadas en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, methamphetamine, etc.: \_\_\_\_\_

La última fecha en que uso las drogas: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene usted una historia de transfusiones de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bi-sexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón que usted puede creer que fue expuesto al SIDA? \_\_\_\_\_

6. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: radiografías)? .....  Sí  No

7. ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIA GINECOLOGICA DE SALUD**

1. ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolau? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un Papanicolau anormal?.....  Sí  No

Si es sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Qué fue el tratamiento? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad de inflamación del pelvis? .....  Sí  No

Si es sí, ¿Cuándo y en donde recibió tratamiento? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido Herpes? .....  Sí  No

4. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma?.....  Sí  No

5. ¿Usa usted anticonceptivos?  Sí  No Si es sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

6. ¿Usted ha tenido infecciones de la vejiga o riñon? .....  Sí  No

Si es sí, ¿Que fue el tratamiento? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted historia de infertilidad?  Sí  No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. \_\_\_\_\_

8. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene en relación a su historia de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

