

HISTORIA DE LA SALUD DE LAS MUJERES

Nombre _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Mayor grado de educación _____ Fecha ___/___/___

Antecedentes Médicos		Marque la casilla si usted alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes:	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en la pierna o el pecho		
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Úlcera, intestino Irritable u otro trastorno GI		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad del hígado		
<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Osteoporosis		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Otro trastorno de la hormona		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Tabaquismo: Edad Inicio: _____ Edad Salir: _____ Cantidad Por Día _____		
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol: ___ Ninguno ___ Social ___ Ocasionalmente ___ Diariamente		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/> Otro Uso de Drogas (Por ejemplo, marihuana, etc.) _____		
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Verrugas Genitales		
<input type="checkbox"/> Trastorno Alimentario	<input type="checkbox"/> Herpes		
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Chlamydia		
<input type="checkbox"/> Ataques de Pánico	<input type="checkbox"/> Gonorrea		
<input type="checkbox"/> Abuso Físico o Emocional	<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad de Transmisión Sexual		
<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón o Ataque Al Corazón	<input type="checkbox"/> Otros:		

Historia de la Familia	
Rellene la caja si ha tenido un pariente consanguíneo. Escriba las iniciales después de la condición. F=Padre M=Madre GM=Abuela GF=Abuelo S=Hermano C=Niño O=Otro pariente	
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón antes de los 55 años en padre o hermano
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón antes de los 65 años de edad en madre o hermana
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Depresión/Ataques de pánico/Suicidas, Etc.
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Alcoholicismo o dependencia de otras sustancias químicas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento u otra condición genética
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en el pecho o las piernas	

Historia marital (Por favor una lista de todos los matrimonios)			
Nombre de cónyuge	Las fechas se casó con	Nombre de cónyuge	Las fechas se casó con

Alergias

¿Es usted alérgico a medicamentos o vacunas? Si No En caso afirmativo enumere: _____

¿Usted es alérgico al látex? Si No

Alergias o intolerancias: (por favor la lista)

OB/GYN/Cirugía de mama y Historia del procedimiento	Fecha	Lugar/Médico