

Patient Name: _____

Austin Women's Clinic GYN History Form

Fecha: _____ Numero de seguro social: _____ - _____ - _____

Civil: Soltera/Casada/Divorciada/Vuida Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Medicamentos Recetados: _____

Alergias a Medicamentos: _____

Historia: Alguna vez ha tenido la siguiente: si usted comprueba sí, por favor marque una respuesta adecuada.

No	Si	No seguro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se trata de su primer examen pélvico? _____ Si no, fecha del último examen? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques, Convulsiones, Epilepsia _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Tiroidea _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas hormonales como el hirsutismo (vello excesivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón/Soplo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular/coagulos sanguineos en las venas/arterias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los problemas de la sangre (anemia, problemas de coagulación, célula de la hoz, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado (hepatitis, mononucleosis, ictericia) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los problemas urinarios o de infecciones de la vejiga/riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Una enfermedad grave? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía? Tipo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización? _____ Fecha: _____ Tipo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones Vaginales _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis, herpes genital, clamidia, las verrugas genitales, otros _____

HISTORIA SEXUAL Y DE ANTICONCEPTIVOS

¿Ha tenido usted relaciones sexuales? Si No

A la edad de la primera relación sexual _____
número de pareja sexuales en la vida _____

Tipo de parejas: Hombre Mujer Hombres y Mujeres

¿Usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de las enfermedades de transmisión sexual? _____

Estas usando anticonceptivos Si No. Cuando? _____.

Que método: _____

Quieres anticonceptivos hoy? Si No. Que método? _____.

¿Usted o su pareja han usando anticonceptivos? Si No

Lista los problemas con estos métodos:

HISTORIA DE EMBARAZOS: ¿Alguna vez ha estado embarazada? Yes No.

Numero de embarazos: _____. Numero de abortos involuntarios: _____.

Numero de abortos: _____. Numero de nacidos vivos: _____.

Historia de la Familia: Marque aquí si se adoptan

¿Ha sido alguien en su familia con: (padres, abuelos o hermanos)

No	Si	No Seguro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de senos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de los ovarios _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro tip de cáncer _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón antes de 50 años _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro enfermedades del corazón _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes cerebrovasculares o coágulos de sangre _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento o problemas genéticos _____

Firma del Paciente

Fecha

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de la pelvis (útero, trompas, ovarios) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o sangrado con las relaciones sexuales _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de ultimo Papanicolaou _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez has tenido un Papanicolau anormal _____ Fecha Hecho: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en los senos (nódulos, tumores, secreción, quistes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de ultima mamografía _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamografía anormal _____ Fecha Hecho: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se examina los senos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultima Colonoscopia _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es su inmunización actual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiatría / problemas emocionales / depresión _____ Medicamentos: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sido emocionalmente o físicamente por su pareja o alguien importante para ti?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participa en programas de ejercicios regulares? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma? ¿Cuanto por dia? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consume alcohol? Tipo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha usado drogas en el pasado o usando ahora? _____ Tipo(s): _____ Fechas: _____

HISTORIA MENSTRUAL:

Primer día de la última menstruación: _____. ¿Es normal? Si No.

Edad menstrual comenzó? _____. La menstruación viene: _____ días y cuanto tiempo duran?

Menstruaciones son: Liviano Moderado Pesado

Alguna vez: Si No.

Había sangrado entre los ciclos de la menstruación Si No.

tenía dolores menstruales? Si No.

tomado medicación para el dolor? Si No. Tipo: _____

Había otros síntomas premenstruales? Si No. Que? _____

¿Crees que podría estar embarazada ahora? Si No Quisas.

¿Estas menopausia? Si No Año de la menopausia: _____

¿Está usted en la terapia de reemplazo hormonal? Si No

Tipo: _____ quantos anos: _____.