

FECHA DE HOY: MOTIVO DE VISITA:	Historia de embarazos						BASE DE DATOS NOMBRE: _____	
1a. Fecha de su último periodo:	1d. ¿Cuántos embarazos?						FECHA DE NACIMIENTO: _____	
1b. Edad de su 1 ^{er} periodo:	1e. ¿Cuántos partos?						EDAD: _____	
1c. Edad de su 1 ^{era} relación sexual:	1f. ¿Cuántos abortos?							
BASE DE DATOS	Nada	Oral	IUD	Diafr	Depo	Otro	2b.método usado, por cuánto tiempo, problemas/ fracasos	
2a. Método contraceptivo								
Historia familiar				N	S	COMMENTS		
3a. Diabetes								
b. Presión alta								
c. Anemia/Anemia de células falciformes(sickle cell)								
d. Cáncer del seno								
e. Tay Sachs, Mongolismo								
f. Apoplejía o ataque al corazón antes de los 40 años								
PATIENT HISTORY								
4a. Diabetes								
b. Coágulos de sangre en los brazos, piernas o pecho								
c. Problemas del corazón/Presión alta								
d. Anemia/Anemia de células falciformes(sickle cell)								
e. Dolores de cabeza/Migrañas								
f. Ataques								
g. Asma, Tuberculosis o problemas en los pulmones								
h. Tratamiento para la depression								
i. Bola en el seno o secreción de los pezones								
5a. Infección en la vagina o flujo presente?								
b. Dolor en el abdomen								
c. Papanicolaus irregulares o problemas femeninos								
d. Enfermedades transmitidas durante el sexo								
6a. ¿Cuántos días le dura el periodo?								
b. ¿Le baja el periodo todos los meses?								
c. ¿Tiene dolores o flujo excesivo?								
d. ¿Sangra entre periodos o después del sexo?								
e. ¿Practica sexo vaginal ? _____ ¿Sexo oral ? _____ ¿Sexo por el recto? _____								
f. Número de compañeros sexuales en el año pasado: _____ Femeninos _____ Masculinos _____ Años de relación con su compañero presente? _____								
7. ¿Es alérgica a alguna medicina?								
8. Enumere las operaciones, enfermedades o ingresos en el hospital								
9. Enfermedad de los riñones/Infección de la orina								
10. Haga una lista de medicinas, drogas, cigarillos o bebidas alcoholicas que use.								
11. ¿Tiene enfermedad de la tiroide?								
12. ¿Está vacunada contra el sarampión?								
13. ¿Ha estado expuesta a DES?								
SICOSOCIAL/VIOLENCIA DOMÉSTICA								
14. ¿Va al médico cuando está enferma?								
15. ¿Hay alguien que trata de controlarla?								
16. ¿Alguna persona le ha pegado o ha tratado de hierirla?								
17. ¿Está usted en una relación así??								

FIRMA:

FECHA: