



Historia médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

¿Cuál es la razón de su visita de hoy?

Así Examen Mujer – Prueba de Papanicolaou, examen de los senos, detección de enfermedades sexualmente transmitidas

estoy embarazada _____ Semanas Primera fecha del último ciclo menstrual : _____

Consulta / Preocupación _____

¿Tienes alguna alergia?

Ninguna

Nombre del alérgeno	Reacción	Fecha de la primera reacción

¿Toma medicamentos? (En caso afirmativo, la lista) Ninguna

Nombre del medicamento	Dosificación	Con qué frecuencia	Fecha iniciada

¿Tienes algún problema médico?

Ninguna

Problemas médicos	Fecha del diagnóstico	pruebas de laboratorio recientes

¿Ha tenido alguna operación ?

Ninguna

Año	Procedimiento	Hospital



Historia médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Alguna vez ha sido hospitalizado por más de un día?) <input type="checkbox"/> NO		
Año	Nombre del hospital	Razón

Historia sexual	
¿Es usted sexualmente activa ? Sí No Nunca	Mis compañeros sexuales son: Hombres Mujer Ambos
Número de parejas sexuales de este año _____	Tengo una nueva pareja sexual este año Sí No
¿Quieres ser pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual? Sí No	

Así Historia Mujer	
¿Cuál fue la última fecha de su prueba de Papanicolaou? ____/____/____	Resultado Normal Anormal Desconocido
¿Cuál fue la última fecha de la mamografía? ____/____/____	Resultado Normal Anormal Desconocido
¿Alguna vez le han dicho que tiene cualquiera de los siguientes ?	
Chlamydia Gonorrhea Trichomonas Syphilis HIV AIDS HPV	

La historia menstrual				
¿Cuál fue el primer día de su último ciclo menstrual? ____/____/____				
¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual? _____				
Menopausia Sí No	Edad ciclo menstrual terminó _____			
Programar	El Flujo		¿Cuántos días?	Frecuencia
Regular Irregular	Ligero Regular Pesado	2-7 8-10	28days 30days	



Historia médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Historia control de la natalidad

¿Alguna vez ha utilizado un método anticonceptivo? Sí No, Nunca

En caso afirmativo, ¿qué tipo ha utilizado?

Condomes Pastillas anticonceptivas Dispositivo intrauterino Inyección ligadura tubárica bilateral
no enlistado

Lista De Embarazo

#	Año	Tipo de parto	semanas al nacimiento	El Sexo	Problemas
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Historia familiar

Madre Viva Fallecido Desconocido Saludable Enfermedad del corazón Cáncer Alta presión sanguínea

Padre Viva Fallecido Desconocido Saludable Enfermedad del corazón Cáncer Alta presión sanguínea

Historia social

¿Fumas? No, Nunca Ex Fumador Sí , fumador actual paquetes por día _____ Años _____

¿Bebes alcohol? No, Nunca El ex bebedor Sí , bebedor actual bebidas por día _____ Años _____

¿Consumes drogas? No, Nunca El ex consumidor de drogas Si el usuario actual de drogas

Nombre de drogas _____ Años _____