

Historia Anual de Salud y Revisión de Sistemas

Bienvenido a Mansfield Ob/Gyn. Favor de tomar unos minutos para llenar este cuestionario.

Nombre _____ FDN _____ Raza _____ Razón por su visita _____

En caso de emergencia favor de llamar a _____

Historia Médica

Favor de marcar si usted o sus miembros de familiares (padres, abuelos, hermanos) han tenido alguno de los siguientes problemas de salud:

	USTED	FAMILIA		USTED	FAMILIA
1. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Anemia/enfermedad de células falciformes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pulmonía/ problema de los pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Problemas de corazón/soplos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Infección de riñones/piedras	<input type="checkbox"/>		20. Trastorno autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vejiga/problema de extensión urinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problema de hígado o de vesícula biliar	<input type="checkbox"/>		22. Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Infecciones transmitidas sexualmente	<input type="checkbox"/>		23. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Papanicolaos anormales	<input type="checkbox"/>		24. Tuberculosis/ + PPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Terrón de seno/mamografía anormal	<input type="checkbox"/>		25. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/>		26. Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ulceras/problemas intestinales/reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>		27. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>		28. Coágulos de sangre/derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>		29. Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Huesos rotos/trauma	<input type="checkbox"/>		31. Defectos de nacimientos/enfermedad genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hepatitis	<input type="checkbox"/>		32. Depresión/Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>		33. Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Abuso físico o sexual	<input type="checkbox"/>		34. Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sirugia o hospitalización

Razón:

Fecha:

Razón:

Fecha:

¿Que medicamentos tomas? (Incluya medicamentos dado sin receta y suplementos a base de hierbas)

¿Usted tiene algunas alergias? No Sí Favor anota: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Historia Menstrual

¿Tiene usted periodos menstruales? _____ ¿Qué edad tenía usted cuando su periodo menstruales comenzaron? _____

Si a usted todavía le da periodo, ¿cuánto días hay entre el comienzo de uno al comienzo del otro? _____ Numero de días sangrando _____

Si usted ya no tiene periodos, ¿a que edad pararon? _____

Historia Obstétrico

¿Has estado embarazada? No Sí ¿Cuántas veces? _____

Nacimientos termino completo _____ # Nacimientos prematuros _____ # Hijos vivos _____ # Terminado _____ # Embarazo ectópico _____

Complicaciones en el embarazo (diabetes, alta presión, hemorragia, etc): _____

(continua al otro lado)

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Otro

Historia Sexual

¿Estas activa sexualmente? No Sí Total numero de parejas: _____ Hombres Mujeres Ambos

¿Cuántas parejas diferentes haz tenido en el ultimo año? _____ ¿Cuánto tiempo llevas con su actual pareja? _____

¿Cuál es tu método anticonceptivo actualmente (si aplica)? _____ ¿Usted usa condones? _____

¿Usted se encuentra en una relación que se sienta amenazada? No Sí

Estilo de Vida

Marque si usted usa una de las siguientes: Tabaco No Sí Alcohol No Sí Drogas No Sí

¿Ha sido un fumador en el pasado? No Sí Si es así, ¿cuándo dejo de fumar?

¿Usted hace ejercicios regularmente? No Sí Tipo y frecuencia _____

¿Usted tiene una dieta saludable? No Sí ¿Cuántas personas viven con usted? _____

¿Usted esta empleada actualmente? No Sí Ocupación _____

Fecha de sus últimas vacunas o chequeo rutinarios (si aplica):

Papanicolao _____ Colonoscopia/sigmoidoscopia _____ Vacunación hepatitis B _____

Mamografía _____ Vacunación de tétano _____ Vacunación de VPH _____

Densidad de huesos _____ Examen de colesterol _____ Examen de diabetes _____

Revisión de Sistemas

¿Tiene usted **actualmente** cualquiera de las siguiente problemas?

Constitucional

- Perdida o aumento de peso
- Fiebre
- Fatiga o insomnio

ONG/Boca

- Cambio de visión o visión doble
- Dolor de odios
- Problema de sinusitis
- Dolor de garganta
- Llagas en la boca

Respiratoria

- Resuello o Tos
- Respiración corta

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Palpitaciones de corazón

Gastrointestinal

- Diarrea frecuente
- Sangramiento al evacuar
- Náusea/vómitos
- Estreñimiento

Genitourinario

- Sangre en la orina
- Dolor cuando orinas
- Urgencia urinaria
- Orinas frecuentemente
- Incontinencia

Reproductivo

- Periodos menstruales pesados o dolorosos
- Sangramiento irregular
- Dolor pelvico o dolor durante sexo
- Flujo vaginal anormal
- Picor o ardor vaginal
- Dolor o masa en el seno

Endocrino

- Sed anormal
- Accesos repentinos o intolerancia al frío
- Cambio en el crecimiento de pelo

Neurología/ Psiquiátrico

- Mareos o dificultad para caminar
- Dolores de cabeza
- Ansiedad o Depresión

Piel/Seno

- Erupciones
- Crecimientos

Musculoesketal

- Debilidad
- Dolor en el coyunturas

Hematologia/Linfátia

- Moretones frecuentes
- Cortadas no dejan de sangrar
- Agrandamiento de los ganglios linfáticos

Alergias/Inmunologia

- Ampollas
- Estornudos frecuente/descarga nasal

¿Tienes cualquier otra pregunta o inquietud sobre su salud hoy? _____