

HISTORIA DE EMBARAZO

30. ¿Puede estar embarazada ahora? Sí _____ No _____
31. Número total de veces que ha estado embarazada _____
32. Número de nacidos vivos _____
33. Número de niños vivos _____
34. Edad de cada uno de los niños vivos _____
35. ¿Complicaciones durante el embarazo? Sí _____ No _____
36. ¿Toxemia? Sí _____ No _____
37. ¿Problemas con azúcar en la sangre (diabetes)? Sí _____ No _____
38. ¿Defectos congénitos (de nacimiento)? Sí _____ No _____
39. ¿Cesáreas? Sí _____ No _____
40. Número de malpartos _____
41. Número de mortinatos _____
42. Número de abortos _____
43. Fecha del último embarazo completo _____
44. ¿Cuántos hijos le gustaría tener? _____
45. ¿Está planeando un embarazo en los próximos dos años?
Sí _____ No _____

HISTORIA GINECOLÓGICA Y DE CONTRACEPCIÓN

46. ¿Tiene actividad sexual actualmente? Sí _____ No _____
47. ¿Cuál método de control de la natalidad está usando? _____
48. ¿Cuáles métodos de control de la natalidad ha usado antes? _____
49. ¿Cuál método desea usar? _____
50. ¿Tiene ahora o ha tenido alguna vez problemas con:
- a) los ovarios o el útero? Sí _____ No _____
 - b) infección de útero/trompas de Fallopio? Sí _____ No _____
 - c) infección vaginal? Sí _____ No _____
 - d) herpes o verrugas venéreas? Sí _____ No _____
 - e) gonorrea, sífilis o clamidia? Sí _____ No _____
 - f) dolor o problemas relacionados al contacto sexual?
Sí _____ No _____
 - g) hirsutismo (exceso de vello)? Sí _____ No _____
 - h) los senos, o cirugía de los senos? Sí _____ No _____

Tener más de una pareja aumenta el riesgo de infecciones

51. Edad de su primera relación sexual _____
52. ¿Ha tenido usted o su pareja más de un pareja sexual en los últimos seis meses? Sí _____ No _____
53. ¿Está preocupada por alguna infección de transmisión sexual?
Sí _____ No _____
54. Usted tiene sexo con: Hombres ____ Mujeres ____ O los dos ____
55. ¿Ha sido bisexual alguna de sus parejas?
Sí _____ No _____

HISTORIA CITOLÓGICA (DE PAPANICOLAOU)

56. Fecha de la última citología (último examen de Papanicolaou) _____
57. ¿Fue normal? Sí _____ No _____
58. ¿Ha tenido alguna vez exámenes adicionales después de un papanicolaou anormal? Sí _____ No _____

HISTORIA DIGESTIVA Y DE VÍAS URINARIAS

(Presente o pasada)

59. Enfermedad de la vesícula biliar Sí _____ No _____
60. Infecciones o problemas renales Sí _____ No _____
61. Infecciones o problemas de la vejiga Sí _____ No _____
62. Problemas gástricos o intestinales Sí _____ No _____

HISTORIA NEUROLÓGICA

(Presente o pasada)

63. Dolores de cabeza frecuentes o severos Sí _____ No _____
64. Visión borrosa o trastornos de la visión Sí _____ No _____
65. Problemas emocionales Sí _____ No _____
(Si afirmativo, describa) _____
66. Depresión Sí _____ No _____
67. Convulsiones/epilepsia Sí _____ No _____
(Si afirmativo, tratamiento) _____

HISTORIA CARDIOVASCULAR

(Presente o pasada)

68. Presión arterial alta Sí _____ No _____
69. Derrame cerebral Sí _____ No _____
70. Enfermedad cardíaca, fiebre reumática Sí _____ No _____
71. Coágulos sanguíneos (tromboflebitis) Sí _____ No _____
72. Várices Sí _____ No _____
73. Enfermedades sanguíneas Sí _____ No _____
74. Aumento de las grasas en la sangre o del colesterol
Sí _____ No _____
75. Anemia de Células Falciformes (Sickle Cell Disease)
Sí _____ No _____
76. Anemia (hierro) Sí _____ No _____

COMENTARIOS DEL PERSONAL MÉDICO

Historia del embarazo: _____

Historia ginecológica: _____

Historia digestiva y de vías urinarias: _____

Historia neurológica: _____

Historia cardiovascular: _____

Otros: _____

Firma del personal médico

Yo certifico que todas las respuestas son verdaderas y completas hasta donde yo sé: (Paciente, firme abajo por favor)

Firma (Patient Signature) _____ Fecha de nacimiento (Birthdate) _____ Fecha (Date) _____

Firma del proveedor (Clinician signature) _____