

Historia de Salud y Revisión de Sistemas

Bienvenidos a Mansfield Ob/Gyn. Favor de tomar unos minutos para llenar este cuestionario.
En Caso de emergencia favor de llamar a _____

Nombre _____ FDN _____ Fecha _____ Edad _____ Razón por su visita _____

Historial Médica-----

Favor de anotar cualquier cambio en su historial medico (Ej. cirugías o enfermedades severas) desde su ultimo fisico anual.

Favor de anotar cualquier cambio de historial medico de sus familiares en el pasado año (padres, abuelos, hermanos).

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

Papanicolao _____	Colonoscopia/sigmoidoscopia _____	Vacunación de Hep B _____
Mamografía _____	Vacunación de tétano _____	Vacunación de VPH _____
Densidad de huesos _____	Examen de colesterol _____	Examen de diabetes _____

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

¿Usted tiene algunas alergias? No Si Por favor anota: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Historia Menstrual

¿Tiene usted periodos menstruales? _____

¿Cuántos días hay entre el comienzo de uno al comienzo del otro? _____ Número de días sangrando _____

Historia Sexual

¿Estas activa sexualmente? No Si

¿Cuántas parejas diferentes haz tenido en el último año? _____. Hombre Mujer Ambos

¿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 siente amenazada? No Si

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Otro

(Continúa al otro lado)

Estilo de Vida

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

¿Ha sido un fumador en el pasado? No Si

Si es así, ¿cuándo dejo de fumar? _____

¿Usted hace ejercicios regularmente? No Si

Tipo y frecuencia _____

¿Usted tiene una dieta saludable? No Si

¿Cuántas personas vive con usted? _____

¿Usted esta empleada actualmente? No Si

Ocupación _____

Revisión de Sistemas -----

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

Constitucional

- Fiebre
- Fatiga o insomnio
- Sudores nocturnos o oleadas de calor
- Perdida o aumento de peso

ONG/BOCA

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

Respiratoria

- Resuello o tos
- Respiración corta

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Palpitaciones de corazón

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea frecuente
- Nausea/vómitos

Genitourinario

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

Reproductivo

- Periodos menstruales pesados o dolorosos
- Sangramiento irregular
- Masas de seno o descarga de flujo
- Dolor pélvico o dolor durante sexo
- Picor o ardor vaginal
- Flujo vaginal anormal

Metabólico/Endocrino

- Sed anormal
- Intolerancia al frío o calor
- Cambio en el crecimiento de pelo

Neura/Psiquiátricos

- Mareos o dificultad para caminar
- Dolores de cabeza
- Adormecimientos
- Depresión o ansiedad

Piel

- Erupciones o picazón severa
- Crecimientos o lunares

Músculo esquelético

- Dolor en las articulaciones
- Debilidad

Hematológica/Linfática

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

Alérgica/Inmunológica

- Ampolla
- Estornudos frecuente/descarga nasal

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