

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de su registro medico.

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS

Nombre _____ **Fecha de nacimiento** _____

Edad _____ **Raza** _____ **Idioma principal** _____ **Ocupación** _____

Motivo de la visita de hoy _____ **Medico Primario** _____

Historia reproductiva: Ciclo Menstrual

Primer día del último periodo _____ Edad del primer periodo _____

Si es menopausica, edad de inicio _____ ¿En HRT? _____ Nombre del medicamento _____

¿Con que frecuencia obtienes tu ciclo menstrual? Cada _____ días, durando _____ días.

¿Son tus ciclos? _____ Regular _____ Irregular _____ Abundante _____ Moderado _____ Ligero

¿Esta sexualmente activa? _____ Nunca _____ No actualmente _____ Si

Metodo de anticoncepción:

_____ Ninguno _____ Ligadura de trompas _____ Vasectomía _____ Metodo de ritmo

_____ Nexplanon _____ NuvaRing _____ IUD (Mirena/Paraguard) _____ Parche _____ Pildora

_____ Depo Provera _____ Condones _____ Otros _____

Historia Obstetrica (indique todos los embarazos, incluidos abortos espontaneos, ectopicos y abortos)

EJEMPLOS: **TIPO:** vaginal, C/S, forceps o vacum **Anestesia:** epidural, local, general, espinal **Complicaciones:** parto prematuro, diabetes, sangrado, presion arterial alta, depresión posparto

EMBARAZOS PASADOS

	Fecha	Semanas	Duracion	Peso del bebe	Sexo	Tipo de parto	Anestesia	Complicaciones	Ubicacion
EI:	1/15/1975	40	12 h	6lb. 2oz.	F	Vaginal	Epidural	HBP. Gest. Diabetes	BRH
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									

¿Tiene hijos adoptivos? _____ SI _____ NO

Actualizacion de Well Woman (Indique las fechas donde corresponda)

Examen de densidad osea _____ (año) ¿Alguna prueba de Papanicolaou anormal? _____ SI _____ NO

Colonoscopia _____ (año) Displasia cervical (células precancerosas del cuella uterino) _____ SI _____ NO

Mamografía _____ (año) En Caso afirmativo, fechas de tratamiento:

Papanicolaou _____ (año) LEEP _____

Serie de vacunas contra el HPV/Gardasil completadas _____ SI _____ NO Crio (congelación) _____

¿Has tenido la serie de Hepatitis B? _____ SI _____ NO Colposcopia _____

Historial Medico: ¿Tiene o ha tenido alguna vez?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> DVT / PE | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Autoinmune | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Osteopenia / Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> IBS / IBD | <input type="checkbox"/> PCOS |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Fibromas | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Inflamación pélvica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea/articular | <input type="checkbox"/> GERD / Reflujo | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿tipo?) _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> HPV/Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón /
Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Piedras renales/Infección | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I / II | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Otro: _____

Historial Quirúrgico Enumere TODOS los procedimientos quirúrgicos, incluya el año (adjunte papel adicional si es necesario)

- 1) _____ 2) _____
 3) _____ 4) _____

Medicamentos y Alergias Med y Dosis Actuales

(adjunte papel adicional si es necesario)

Vitaminas/Suplementos Herbales (incluyendo aceite/tes de CBD)

- 1) _____
 2) _____
 3) _____ Alergias a medicamentos / Reacción _____
 4) _____

Historial Familiar Incluya la edad de inicio si se conoce

Enfermedad	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuela Paterna	Abuelo Materna	Abuelo Paterno	Hermanos / Otro (Por favor especifica)
Cáncer (tipo)							
Diabetes (tipo)							
Enfermedad del Corazón							
Otro							

Historia Social

____ Casada ____ Soltera ____ Comprometida ____ Pareja del mismo sexo ____ Divorciada ____ Viuda

¿Fumas? ____ Nunca ____ Actual ____ Ex, Dejar de fumar a la edad ____ ¿Bebes alcohol? ____ SI ____ # de bebidas por semana ____ NO

¿Utiliza drogas? (incluyendo marihuana medicinal) ____ SI ____ NO Tipo usado y último uso _____

¿Alguna historia de violencia o abuso en su hogar actual o en su pasado? ____ SI ____ NO

¿Tiene alguna consideración cultural o religiosa que necesite atención especial? ____ SI ____ NO

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono # _____

FIRMA _____ **FECHA** _____