

# Historia de Salud



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Familiar: \_\_\_\_\_

Doctor que la refirió \_\_\_\_\_

Porque ah vendió al la oficina hoy? \_\_\_\_\_

Es este un problema nuevo? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_ Si es así cuando? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo mammograma? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo colonoscopia? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última densidad ósea (examen de los huesos)? \_\_\_\_\_

## **Historia Menstrual**

Cuando fue el primer día de su ultima periodo menstrual \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_?

Cuantos son el número de días desde el primer día de su período menstrual al siguiente primer día? \_\_\_\_\_

Cuantos días duro su periodo menstrual? \_\_\_\_\_

Cuantos años tenia cuando tuvo su primer periodo menstrual? \_\_\_\_\_

Ah habido un cambio reciente en sus periodos menstruales? \_\_\_\_\_

Sus periodos menstruales son dolorosos? \_\_\_\_\_

Sus periodos menstruales son abundantes? \_\_\_\_\_

## **Historia Sexual**

Alguna vez has tenido relaciones sexuales? \_\_\_\_\_ Cuantos parejas ha tenido? \_\_\_\_\_

Tiene dolor durante las relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

Método actual de anti conceptual? \_\_\_\_\_

## **Historia Obstetrica**

Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

Cuantos nacimientos vivos? \_\_\_\_\_ Cuantos aborto espontáneos ha tenido? \_\_\_\_\_

Cuantos embarazaos terminados? \_\_\_\_\_

### **Lista de cada embarazo:**

Fecha	Semanas de embarazo	Masculino o Femenino	Cesárea o Vaginal	Raquia	Complicaciones

# Historia de Salud

## PARTE 2



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial Medica

Anote cualquier condición médica que le han diagnosticado: (Ejemplo: asma, disfunción tiroidea, hipertensión, diabetes, colesterol alto, cáncer, coágulos de sangre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historial Quirúrgico

Haga una lista de las cirugías con fechas que usted ha tenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergias: \_\_\_\_\_

Anote cualquier medicamento que este tomando:

Medicamentos	Dosis	Cada cuando se la toma	Motivo por la cual se toma este medicamento

### Historia Familiar

Haga una lista de cualquier miembro de la familia y sus edades de diagnóstico con cualquiera de los siguiente:

Cáncer de mama \_\_\_\_\_

Cáncer uterino \_\_\_\_\_

Hipertensión \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_

Anomalías Congénitas \_\_\_\_\_

Otra Enfermedad \_\_\_\_\_

Cáncer del Colon \_\_\_\_\_

Cáncer de Ovario \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Disfunción Tiroidea \_\_\_\_\_

Osteoporosis \_\_\_\_\_

### Historia Social

Ocupación \_\_\_\_\_

Marque uno: \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_

Uso de Tabaco \_\_\_ No \_\_\_ Si \_\_\_ Cuantos paquetes por día Consumo de alcohol \_\_\_ No \_\_\_ Si

Uso de drogas ilícitas \_\_\_ No \_\_\_ Si

Ha sido abusada sexualmente alguna vez? \_\_\_\_\_

Se siente segura? \_\_\_ No \_\_\_ Si