TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

La fecha de hoy: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

A NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

1. Estado civil: ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Relación a largo plazo ☐ Divorciada ☐ Viuda
2. Motivo de esta visita:_____
3. Doctor remitente: _____
4. Ocupación:_____
5. Número de teléfono preferido:_____

B HISTORIA MENSTRUAL (complete esta sección aunque sea postmenopáusica o haya dejado de tener la menstruación)

1. Edad en la primera menstruación: _____ años.
2. Si sus períodos menstruales son regulares; los períodos comienzan cada: _____ días.
3. Si sus períodos menstruales son regulares; los períodos comienzan cada: _____ a _____ días. (ej. 12 a 60)
4. Duración del sangrado: _____ días.
5. ¿Hay sangrado o manchado entre los períodos? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Hay sangrado o manchado después de las relaciones sexuales? ☐ Sí ☐ No
7. Primer día del último período menstrual: _____
8. ¿Tiene dolor con los períodos? ☐ Sí ☐ No ☐ De vez en cuando
9. Sí es así, es: ☐ antes de la menstruación ☐ durante la menstruación ☐ ambas

C HISTORIAL DE EMBARAZO (TODOS LOS EMBARAZOS) ☐ **¿HA ESTADO EMBARAZADA ALGUNA VEZ?**
HISTORIA OBSTÉTRICA INCLUYENDO ABORTOS Y EMBARAZOS ECTÓPICOS (TUBÁRICOS)

Año	Lugar del parto o del aborto	Duración del embarazo	Horas de labor de parto	Tipo de parto	Señale Complicaciones para la madre y/o el bebé • Preclamsia • Diabetes gestacional • Parto prematuro • Otro / especifique	(Hijo/a) Sexo	(Hijo/a) Peso al nacer	(Hijo/a) Salud actual

D HISTORIA ANTICONCEPTIVA
¿Qué método(s) anticonceptivo(s) usa actualmente?_____

E HISTORIA SEXUAL

1. ¿Tiene una pareja sexual? ☐ No ☐ Sí: ☐ Hombre ☐ Mujer
2. ¿Hay inquietudes sobre su actividad sexual que quiera discutir con su médico?
   ☐ Sí ☐ No

F CIRUGÍAS OBSTÉTRICAS/GINECOLÓGICAS PASADAS: Marque cualquier opción que corresponda o ☐ Ninguna

Cirugía	Año	Cirugía	Año
☐ D&C	_____	☐ Cirugía de los ovarios	_____
☐ Histeroscopia	_____	☐ Extracción de quiste(s) en el ovario izq.	_____
☐ Cirugía de infertilidad	_____	☐ Extracción de quiste(s) en el ovario dcho.	_____
☐ Tuboplastia	_____	☐ Extracción del ovario izq.	_____
☐ Ligadura de las trompas	_____	☐ Extracción del ovario dcho.	_____
☐ Laparoscopia	_____	☐ Reparación vaginal o de la vejiga por prolapso o incontinencia	_____
☐ Histerectomía (vaginal)	_____	☐ Parto por cesárea	_____
☐ Histerectomía (abdominal)	_____	☐ Otro (especifique)_____	_____
☐ Miomectomía	_____	_____	_____

G ANTECEDENTES QUIRÚRGICO (NO OB/GIN): Enumere todas las cirugías y su año o ☐ Ninguna

Cirugía	Mes/Año	Complicaciones

H ISTORIAL DE PAPANICOLAOU/MAMOGRAFÍA

1. Fecha del último Papanicolaou:_____: ☐ Normal ☐ Anormal
2. ¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? ☐ No ☐ Sí
3. ¿Ha recibido tratamiento para un Papanicolaou anormal? ☐ No ☐ Sí
4. Si es así, ¿qué tipo(s) de tratamiento ha recibido?

Tratamiento	Año	Tratamiento	Año
☐ Crioterapia	_____	☐ Biopsia en cono	_____
☐ Láser	_____	☐ Escisión con asa (LEEP, por sus siglas en inglés)	_____

5. Fecha de la última mamografía:_____
6. ¿Ha tenido una mamografía anormal? ☐ No ☐ Sí

OTRA HISTORIA GINECOLÓGICA ANTERIOR: Marque cualquier opción que corresponda o ☐ Ninguna

☐ Verrugas venéreas ☐ Herpes-genital ☐ Sífilis ☐ Enf. Inflamatoria de la pelvis
☐ Endometriosis ☐ Clamidia ☐ Gonorrea ☐ Infecciones vaginales
☐ VPH ☐ Otro (especifique) _____

I HISTORIAL MÉDICO: Marque cualquier opción que corresponda o ☐ Ninguna

☐ Artritis
☐ Diabetes:
- ☐ Controlada por dieta
- ☐ Controlada por píldoras
- ☐ Controlada con insulina
- ☐ Gestacional

☐ Presión arterial alta
☐ Cáncer de mama
☐ Enfermedad del riñón

☐ Cálculo biliar
☐ Enfermedad del hígado, incluyendo hepatitis
☐ Epilepsia
☐ Trastorno alimenticio
☐ Enfermedad del corazón
☐ Coágulos de sangre en la pierna/muslo
☐ Asma
☐ Cáncer (especifique)
_____

☐ Enfisema
☐ Bronquitis
☐ VIH+
☐ Transfusiones de sangre
☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Otro (especifique)
_____
_____
_____

J MEDICAMENTOS ACTUALES (incluya dosis/cantidad por día

Medicamento	Dosis	Frecuencia

K ¿USTED ACTUALMENTE?

Fumar: ☐ Nunca ☐ Sí, Paquetes/Día:_____ ☐ Cigarrillos
☐ Antes Años que fumó:_____ ☐ VAP ☐ Hookah

Alcohol: ☐ Nunca ☐ Antes ☐ Sí, Bebidas/Semana_____ Tipo:_____

Drogas ilícitas: ☐ Nunca ☐ Antes ☐ Sí Tipo:_____

Consumo de cafeína: ☐ Sí ☐ No
☐ Café ☐ Té ☐ Refresco ☐ Bebida energética ☐ Chocolate Diariamente Consumo:_____

Estilo de vida: ¿Está siguiendo una dieta específica? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de dieta es? _____
¿Hace ejercicio regularmente? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de ejercicio? _____
Días/Semana:_____ Horas/Día: _____

L ALERGIAS A MEDICAMENTOS ☐ NO ☐ SÍ, ENUMERE:

_____
_____

M HISTORIAL FAMILIAR o ☐ Ninguno

	Sí	Fallecidos *(Tenga en cuenta la edad y la causa)*	Familiares afectados *(Padre, madre, hermano, hermana, hijo, hija)*
Diabetes	☐	_____	_____
Cáncer de ovarios	☐	_____	_____
Enfermedad del corazón	☐	_____	_____
Cáncer endometrial	☐	_____	_____
Cáncer de mama	☐	_____	_____
Cáncer de colon	☐	_____	_____
Otro/Especifique	☐	_____	_____

N OTROS SÍNTOMAS o PROBLEMAS: Marque cualquier opción que corresponda o ☐ Ninguna

☐ Pérdida de peso
☐ Aumento de peso
☐ Secreción en las mamas
☐ Colesterol alto

☐ Crecimiento de cabello
☐ Pérdida de cabello
☐ Bochornos/sofocos
☐ Abuso físico/violencia doméstica

☐ Cambio en la energía
☐ Cambio en la tolerancia de ejercicio
☐ Cambio en la función urinaria
☐ Otro (especifique)_____

O COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI ESTÁ EMBARAZADA O PLANEANDO QUEDAR EMBARAZADA EN UN FUTURO CERCANO

Han tenido alguna vez usted o el padre del bebé o cualquiera en sus familias lo siguiente:

¿Síndrome de Down? Si es así, ¿quién? _____

¿Otra anomalía cromosómica? Si la respuesta es sí, especifique: _____

¿Defecto del tubo neural (espina bífida y anencefalia)? Si es así, ¿quién? _____

¿Hemofilia u otras anomalías de la coagulación?Si es así, ¿quién? _____

¿Distrofia muscular? Si es así, ¿quién?_____

¿Fibrosis quística? Si es así, ¿quién?_____

¿Si usted o el padre biológico del bebé es de ascendencia judía, han sido examinados para la enfermedad de Tay-Sachs?

Resultado del Padre_____

Resultado de la Madre _____

¿Si usted o el padre biológico del bebé es de ascendencia africana, han sido examinados para el rasgo de células falciformes?

Resultado del Padre _____

Resultado de la Madre _____

¿Si usted o el padre biológico del bebé es de ascendencia italiana, griega, o de origen mediterráneo, han sido examinados para la Beta talasemia?

Resultado del Padre_____

Resultado de la Madre_____

¿Si usted o el padre biológico del bebé es de ascendencia filipina o del sudeste asiático, han sido examinados para la Alfa talasemia?

Resultado del Padre_____

Resultado de la Madre_____

_____

FIRMA DEL PACIENTE FECHA