

FECHA:

HISTORIA MEDICA FEMENINA

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

- Sí No ¿Es usted alérgica a alguna medicina u otras sustancias (alimentos/látex)? Menciónelos: _____
- Sí No ¿Toma usted medicinas – (sin prescripción médica, con prescripción médica, vitaminas, suplementos/hierbas, o remedios caseros)? Menciónelos: _____
- Sí No ¿Tiene usted un médico al cual va a ver regularmente? Si es así, ¿Quién es? _____

A. Historia médica familiar:

Indique si alguien en su familia, ya sea vivo o muerto (madre, padre, hermano, hermana o abuelos), alguna vez ha tenido:

- | | | |
|--|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Ataque/ enfermedad del corazón | 7. <input type="checkbox"/> Cáncer de los ovarios | 13. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre/ coágulos de sangre |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 8. <input type="checkbox"/> Otros tipos de cáncer | 14. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| 3. <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | 9. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento/genéticos | 15. <input type="checkbox"/> Exposición materna DES (hormonas) |
| 4. <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar elevada) | 10. <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | 16. <input type="checkbox"/> No sé acerca de mi historial familiar |
| 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 11. <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | 17. <input type="checkbox"/> Yo fui adoptada |
| 6. <input type="checkbox"/> Cáncer del seno | 12. <input type="checkbox"/> Célula falciforme/Anemia deprimada | |

B. Historia médica personal:

1. ¿Ha tenido **USTED** alguno de estos problemas? Marque todos los que correspondan:

- | | | |
|---|---|--|
| A. <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | K. <input type="checkbox"/> Cáncer – tipo: _____ | W. <input type="checkbox"/> Anemia (niveles bajos de hierro) |
| B. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | M. <input type="checkbox"/> Enfermedad de los senos | X. <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| C. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | N. <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos | Y. <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| D. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | O. <input type="checkbox"/> Implantes de los senos | Z. <input type="checkbox"/> Infección pélvica |
| E. <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar elevada) | P. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | |
| F. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides/Bocio | Q. <input type="checkbox"/> Venas varicosas | AA. <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales frecuentes (hongo/bacteria) |
| G. <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/Hepatitis | R. <input type="checkbox"/> Convulsiones | BB. <input type="checkbox"/> VPH o verrugas genitales |
| H. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula | S. <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza severo/migraña | CC. <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad |
| I. <input type="checkbox"/> Úlceras/problemas del estómago | T. <input type="checkbox"/> Cambios en la visión/luces parpadeantes | DD. <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios |
| J. <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | U. <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto | EE. <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| K. <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar/Asma/TB | V. <input type="checkbox"/> Célula falciforme/Anemia deprimada | |

2. Sí No ¿Alguna vez ha sido hospitalizada o ha tenido alguna cirugía?
Si contestó "sí", ¿Cuándo y por qué? _____
3. Sí No ¿Ha tenido una histerectomía? Si contestó "sí", fecha _____ tipo _____
4. Sí No ¿Ha tenido una ligadura tubular / de trompas/ esterilización / procedimiento Essure? Sí No
5. Sí No ¿Ha tenido sus inmunizaciones (vacunas)? especialmente :
Sarampión/Rubéola (MMR) Sí No No sé
Hepatitis B Sí No No sé
Vacuna contra la varicela o ha tenido la enfermedad de varicela Sí No No sé
Vacuna contra el tétano Sí No No sé
6. Sí No ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH?
Si contestó "sí", ¿cuándo fue la última vez? _____ Resultado: Positivo Negativo

C. Hábitos y estilo de vida

1. Ahora Nunca En el pasado ¿Toma usted bebidas alcohólicas? ¿Cantidad que toma a la semana? _____ tipo: _____
2. Ahora Nunca En el pasado ¿Usa usted tabaco? (fumado o masticado) Si contestó "sí", ¿de qué tipo y cuánto? _____
3. Ahora Nunca En el pasado ¿Utiliza drogas? Si es así, por favor menciónelas _____
4. Ahora Nunca En el pasado ¿Alguna vez se ha inyectado drogas y/o ha compartido agujas?
5. Ahora Nunca En el pasado ¿Está alguien, incluyendo su pareja, amenazándola, asustándola o lastimándola físicamente?
6. Ahora Nunca En el pasado ¿Alguna vez ha sido presionada o forzada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?
7. Ahora Nunca En el pasado ¿Alguien la hace sentirse amenazada?

D. Historia sexual

1. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que tuvo relaciones sexuales? _____ años Nunca he tenido relaciones sexuales
2. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____ Con: mujeres hombres ambos
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que ha estado expuesta al VPH, verrugas genitales o cáncer del cuello uterino?
 Sí No No sé
4. ¿Cree que su pareja tiene otras parejas sexuales? Sí No No estoy segura

E. Historia ginecológica:

1. ¿Cuándo fue su último período o sangrado menstrual? Por favor escriba la fecha en que comenzó su último período: _____
2. ¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual (período/regla)? _____
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted el período? _____ ¿Cuántos días normalmente sangra? _____
4. ¿Cuánto usted sangra? Bastante Regular Poco ¿Tiene cólicos con su período? Sí No
5. ¿Ha tenido usted una prueba de Papanicolaou? Sí No
Si usted ha tenido una prueba de Papanicolaou, ¿Cuándo fue la última prueba? _____ Resultado: _____
6. ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales? Sí No
Si contestó "sí", ¿cuándo y qué se hizo? _____
7. ¿Alguna vez ha tenido un mamograma? Sí No Si contestó "sí", escriba la fecha del último mamograma: _____
8. ¿Qué método de planificación familiar están actualmente usando usted y su(s) pareja(s)? _____ Ninguno
9. ¿Qué método de planificación familiar le gustaría usar ahora? _____
10. ¿Qué método(s) de planificación familiar ha usado en el pasado? _____
11. ¿Ha tenido algún problema con métodos de planificación familiar en el pasado? Si contestó "sí", ¿Cuál?: _____
12. ¿Cuándo quiere quedar embarazada? _____ ¿Cuántos hijos quiere tener? _____
13. ¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No (Si contestó "no", vaya a la sección F)
14. Por favor escriba el número de: Bebés nacidos vivos ____ Abortos espontáneos/bebés muertos al nacer ____ Abortos ____ Cesáreas ____
Peso al nacer del bebé más pequeño: _____ Peso al nacer del bebé más grande: _____
15. ¿Tuvo usted algún problema con su embarazo? Sí No
Si contestó "sí", ¿cuál? _____
16. ¿Alguna vez tuvo diabetes durante el embarazo? Sí No
17. Fecha de su último parto: _____
Si usted dió a luz en los últimos tres meses, escriba la fecha de su examen después del parto: _____ Doctor: _____
18. ¿Está amamantando actualmente? Sí No

F. Problemas actuales:

1. ¿Usted está teniendo alguno de estos problemas **AHORA**? (Marque todos los que correspondan)

| | | |
|--|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Bulto(s) en el seno | D. <input type="checkbox"/> Cambio en la piel del seno(s) | G. <input type="checkbox"/> Dolor o sangrado al tener relaciones sexuales |
| B. <input type="checkbox"/> Secreción del pezón | E. <input type="checkbox"/> Picazón vaginal/ardor | H. <input type="checkbox"/> Otros problemas sexuales |
| C. <input type="checkbox"/> Cambios en los pezones | F. <input type="checkbox"/> Secreción inusual o con mal olor | I. <input type="checkbox"/> Manchado o sangrado entre los períodos |

G. Otros:

1. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud o el tema de las prácticas sexuales que le gustaría consultar con su proveedor de salud en el día de hoy? _____

Firma del personal / Título / Fecha

Firma del paciente / Fecha

Firma del proveedor/ Título / Fecha

Recorded by:

Date:

NF-78-S (Rev. 9/14)