

Fecha: _____

Formulario de Historia Médica para Pacientes Nuevas - Obstetricia

Nombre:		Fecha de Nacimiento (DOB):	Raza
Número de Teléfono de la casa:		Número de Celular:	Número del trabajo:
Médico de Cabecera:			

HISTORIAL DE EMBARAZOS

Año	El Hospital	Número de semanas	Horas en trabajo de parto	Tipo de Parto	Sexo del bebé	Peso del bebé	Complicaciones
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			
				☐ Cesárea ☐ Vaginal ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto			

HISTORIAL DE MUJER

¿Ha dejado de reglar? ☐ Sí ☐ No	¿Son irregulares sus reglas? ☐ Sí ☐ No ☐ Histerectomía ☐ Menopausia
¿A qué edad le bajó la regla por primera vez? _____	¿Cuántos días le dura la regla? _____
¿Usted se ausenta del trabajo debido a la regla? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene sangre abundante cuando regla? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene dolores menstruales cuando regla que no se alivian con Motrin®, Pamprin®, etc.? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene antecedentes de fibromas uterinos? ☐ Sí ☐ No
Por favor anote cualquier enfermedad de transmisión sexual que haya tenido: _____	¿Es activa sexualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Usted tiene fuga de orina sin querer? ☐ Sí ☐ No	¿Método Anticonceptivo? ☐ Ninguno ☐ Pastillas ☐ Aro ☐ Parche ☐ Dispositivo intrauterino Mirena® ☐ Dispositivo Intrauterino Paragard® ☐ Implanon® ☐ Ligadura de Trompas ☐ Vasectomía
¿Usted tiene fuga de orina cuando tose/estornuda? ☐ Sí ☐ No	¿Ha tenido pruebas de Papanicolaou con resultados anormales? ☐ Sí ☐ No
¿Se le hace difícil llegar al baño a tiempo antes de tener un accidente urinario? ☐ Sí ☐ No	Marque cualquiera de estos procedimientos que haya tenido después de un Papanicolaou con resultados anormales: ☐ Colposcopia ☐ Crioterapia ☐ Procedimiento de Extirpación quirúrgica del Cuello Uterino por asa diatérmica ☐ Láser ☐ Conización con Bisturí Frío

CONDICIÓN MÉDICA	Edad al ser Diagnosticada	CONDICIÓN MÉDICA	Edad al ser Diagnosticada
☐ Abuso de Alcohol		☐ Enfermedad Renal	
☐ Alergias		☐ Infecundidad	
☐ Ansiedad		☐ Enfermedad del hígado _____	
☐ Asma		☐ Enfermedad Pulmonar _____	
☐ Trastorno Bipolar		☐ Lupus	
☐ Cáncer _____		☐ Síndrome Premenstrual	
☐ Trastorno de coagulación de sangre _____		☐ Artritis Reumática	
☐ Depresión		☐ Esquizofrenia	
☐ Diabetes		☐ Convulsiones	
☐ Abuso de Drogas _____		☐ Tiroides: ☐ Hiperactiva ☐ Hipoactiva	
☐ Fibromialgia		☐ Incontinencia Urinaria	
☐ Glaucoma		☐ Infecciones en la vía Urinaria	
☐ Enfermedad Cardíaca		☐ La infección por estafilococo áureo resistente a la meticilina (SARM)	
☐ Hipertensión		☐ Otro _____	

Fecha: _____

MEDICAMENTOS

Nombre Del Medicamento	Potencia	¿Con qué frecuencia?	Nombre Del Medicamento	Potencia	¿Con qué frecuencia?

ALERGIAS

¿Alguna vez ha tenido una reacción a algún medicamento, químico, o al látex? ☐ Sí ☐ No

Por favor anote los nombres de estos medicamentos o químicos:

1.

2.

3.

4.

5.

Por favor anote la clase de reacción al medicamento:

CIRUGÍAS PRÉVIAS

Año	Procedimiento	Año	Procedimiento
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

HISTORIAL PERSONAL

¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Viuda

¿Cuál es su ocupación? ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐ Profesional; por favor escriba su puesto de trabajo _____

¿Cuánto fuma usted? ☐ N/A _____ cajetillas por día

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma al día? ☐ N/A _____

¿Usted utiliza drogas ilícitas? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido un problema con la adicción a drogas o alcohol? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿cuál (es) era(n) su(s) droga(s) de preferencia? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pariente	Enfermedades (mentales o médicas) y la edad al ser diagnosticada, si se sabe
Madre	
Padre	
Hermano	
Hermano	
Hermana	
Hermana	
Hija	
Otro	
Otro	

Firma: _____