

Formulario de historia médica para pacientes

Nombre:				# de Expediente:				Edad:		Fecha:	
Médico de Cabecera:						Médico de derivación:					
Estado Civil: ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Separada ☐ Viuda ☐ Divorciada											
Razón de su Visita:											
Historia Ginecológica											
Edad que tuvo cuando comenzó a reglar:				Fecha de la última menstruación:				¿Su período menstrual es regular? ☐ Sí ☐ No			
Número de días entre cada regla:				Número de días que sangra:				¿Tiene dolor cuando regla? ☐ Sí ☐ No			
¿Es activa sexualmente? ☐ Sí ☐ No				☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bi-sexual							
Método de control natal que usa actualmente:				¿Cuales otros métodos ha usado en el pasado?				¿Flujo abundante/coágulos? ☐ Sí ☐ No			
¿Ha sido diagnosticada con una enfermedad transmitida sexualmente? ☐ Sí ☐ No				¿Cuál? ¿Cuándo?				¿Le han hecho la prueba del VIH (SIDA)? Resultados: ☐ Positivo ☐ Negativo			
Fecha de la última prueba de papanicolau:						Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal					
¿Alguna vez el resultado de una prueba de papanicolau salió anormal? ☐ Sí ☐ No						¿Cuál tratamiento le dieron?					
Fecha de la última mamografía:						Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal					
Fecha de la última prueba de detección del cáncer de colon:						Fecha del último estudio de la densidad ósea :					
¿Ha tenido análisis de sangre recientemente para evaluar el colesterol, glucosa, y tiroides? ☐ Sí ☐ No											
¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas durante los últimos 10 años? ☐ Vacuna contra la culebrilla ☐ Vacuna contra el VPH ☐ Vacuna contra el tétano/difteria ☐ Hepatitis B											
Historia Obstétrica											
Número total de embarazos: _____ Aborto involuntario: _____ Abortos: _____ Hijos vivos: _____											
¿Hubo complicaciones relacionadas con el embarazo o parto?											
¿Tuvo diabetes gestacional? ☐ Sí ☐ No				¿Hipertensión? ☐ Sí ☐ No				¿Preclampsia? ☐ Sí ☐ No			
No.	Fecha de Nacimiento	Masculino/ Femenino	Peso al Nacer	Tipo de Parto	No.	Fecha de Nacimiento	Masculino/ Femenino	Peso al Nacer	Tipo de Parto		
1					4						
2					5						
3					6						
Medicaciones Actuales (Incluya también todas las vitaminas, hierbas, y cualquier medicamento a venta libre que usa frecuentemente)											
Nombre del Medicamento:		Dosis:		Recetado por:		Nombre del Medicamento:		Dosis:		Recetado por:	

☐ Lista de Medicamentos Adjunta

Alergias: (Nombre del medicamento y reacción)			
Nombre del Medicamento	Reacción	Nombre del Medicamento	Reacción

¿Es usted alérgica al látex? ☐ Sí ☐ No

Historia Médica			
Enfermedad	Fecha	Enfermedad	Fecha

Historia Quirúrgica			
Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha

Historia Social		
¿Usted Fuma? ☐ Sí ☐ No	¿Cuánto?	¿Por cuántos años?
¿Usted toma bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No	¿Cuántas bebidas a la semana?	
¿Usted utiliza drogas ilícitas? ☐ Sí ☐ No	¿Cuáles y con qué frecuencia?	
¿Ha sufrido de abuso sexual o físico? ☐ Sí ☐ No	¿Cuál es su ocupación actual?	

Historia Familiar			
Padre: ☐ Vivo ☐ Fallecido	Causa de Muerte:	Edad al fallecer:	
Madre: ☐ Viva ☐ Fallecida	Causa de Muerte:	Edad al fallecer:	
☐ Historia familiar desconocida			
¿Hay una historia familiar de lo siguiente? (Por favor nombre los parientes afectados)			
☐ Diabetes		☐ Derrame Cerebral	
☐ Hipertensión		☐ Enfermedad cardíaca	
☐ Colesterol Alto		☐ Coágulos de sangre en las piernas/ pulmones	
☐ Osteoporosis		☐ Cáncer de la Mama	
☐ Cáncer del Colon		☐ Cáncer del Ovario	
☐ Cáncer Uterino		☐ Enfermedad mental/depresión	
☐ Fibromas		☐ Endometriosis	

Revisión de los sistemas (por favor si está experimentando los siguientes síntomas marque sí)					
Síntomas		Síntomas		Síntomas	
Pérdida/Aumento de peso	☐ Sí ☐ No	Palpitaciones Irregulares	☐ Sí ☐ No	Fatiga	☐ Sí ☐ No
Estreñimiento/diarrea	☐ Sí ☐ No	Problemas con la vista	☐ Sí ☐ No	Fuga de orina	☐ Sí ☐ No
Dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No	Orina Frecuentemente	☐ Sí ☐ No	Dificultad al respirar	☐ Sí ☐ No
Dolor al Orinar	☐ Sí ☐ No	Dolor de las coyunturas/músculos	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza frecuentes	☐ Sí ☐ No
Dolor en el seno	☐ Sí ☐ No	Depresión/ansiedad	☐ Sí ☐ No	Secreción del seno	☐ Sí ☐ No
Calores	☐ Sí ☐ No	Sed excesiva	☐ Sí ☐ No	Pérdida de cabello	☐ Sí ☐ No