



Historial Medico

Nombre _____ Apellido _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Teléfono _____
 Ocupación _____ Última menstruación _____
 Contacto en Emergencia (Mandatorio) _____ Teléfono _____ Relación _____

Historia de Embarazos- Por favor indique el número de cada tipo de embarazo. Si no hay, indique 0.

Nacimientos vivos _____ Abortos _____ Perdidas espontáneas _____ Parto de niño muerto _____ Ectópico _____ Molar _____
 Número total de embarazos (incluyendo este embarazo) _____

¿Problemas con los embarazos? No Sí
 (explique): _____

¿Cree que está embarazada ahora mismo? No Sí No estoy segura
 Si cree que sí, ¿por qué piensa que puede estar embarazada? _____

- | | | |
|--|--|--|
| <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias (medicamentos/alimentos)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad Pulmonar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Hemorrágica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piercings Faciales/en el Cuerpo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está dando de Lactar?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quistes o Tumores en los Senos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cesáreas (Años /Razones):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad, Salud mental o Problemas Psiquiátricos</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Vértigo/Migrañas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Ataque al Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol Alto</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón/Vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado/Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Papanicolau _____ (Año)</p> <p>Resultados anormales?/VPH?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/Problemas Neurológicos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Graves (Lista)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Intestinales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral, TVP, Embolia Pulmonar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su Tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quiste Ovárico/Tumor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros Problemas Médicos (Lista)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|--|

Notes:

¿Experimenta dolor o sangrado con las relaciones sexuales? Sí No
 Anote cualquier **droga, medicamentos, tratamientos, vitaminas o suplementos de hierbas** que esté tomando: _____

Mis Parejas son: Hombres Mujeres Hombres y Mujeres
 Uso de alcohol: Nunca Sí, *Bebidas por día:* _____ Último uso _____
 Uso del tabacco: Nunca Sí, *Paquetes por día:* _____ Último uso _____
 Uso de drogas (que no sea marihuana): Nunca Sí, Tipos _____ Último uso _____
 ¿Experimenta violencia o abuso sexual, físico, emocional o verbal? Sí No
 ¿Desea ayuda/referencias para la violencia/abuso? Sí No

- | | |
|---|--|
| <p>Historia Médica Familiar- Solo para padres y hermanos</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre o de Coagulación</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer de seno, cervical, ovárico, uterino</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión, Derrame Cerebral, Ataque Cardíaco</p> | <p>Historia Menstrual</p> <p>¿Qué edad tuvo cuando comenzó su periodo? _____</p> <p>¿Tiene su período todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Número de días que sangra _____</p> <p>El Sangrado es: <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Ligero</p> |
|---|--|

- Historia de los Anticonceptivos**
- ¿Qué método(s) has probado? todas lo que corresponda
- Pastillas Anticonceptivas Parche El Anillo La Inyección DIU/T de Cobre Implante
- Capuchón Cervical Diafragma Condón Espermicida Método del ritmo El Método del Retiro
- Otro: _____
- ¿Qué método estás usando ahora? _____
- ¿Qué problemas ha tenido con estos métodos? _____
- Método preferido? _____

Los estándares de privacidad establecidos por las disposiciones de HIPPA de 2003 abordar la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes.
 He proporcionado información completa y precisa sobre mi historial médico.
 Autorizo a Falls Church Healthcare Center a utilizar mi información para fines de tratamiento, pago y atención médica únicamente.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

History Review by MD _____ Date _____ History Review by MD _____ Date _____