



HISTORIAL MEDICO
IMPRIMA CLARO

1. INFORMACION SOBRE EL PACIENTE:

FECHA: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_
Se puede dejar mensaje [ ]
No se puede dejar mensaje [ ]
Primer dia de su ultima menstruacion \_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

2. INFORMACION SOBRE EMBARAZOS :

Numero de embarazos \_\_\_\_\_ Numero de hijos vivos \_\_\_\_\_ Historial de embarazos etopicos \_\_\_\_\_
Numero de partos \_\_\_\_\_ Numero de partos prematuros \_\_\_\_\_
Numero de perdidas espontaneas \_\_\_\_\_ Numero de abortos inducidos \_\_\_\_\_
Tuvo complicaciones con cualquiera de estos: \_\_\_\_\_

3. INFORMACION GINECOLOGICA:

Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_ Historial de pap anormal? \_\_\_\_\_ Historial de infecciones vaginales/ETS? \_\_\_\_\_
Edad que le comenzo su periodo: \_\_\_\_\_ Dias del primer dia de un ciclo al primer dia del siguiente ciclo: \_\_\_\_\_ Cuantos dias le dura: \_\_\_\_\_
Mi ciclo es: [ ] regular [ ] irregular El Flujo es: [ ] mucho [ ] moderado [ ] ligero
Ha usado algun metodo de control de natalidad? \_\_\_\_\_ Si usa cual? \_\_\_\_\_
Metodo que usa actualmente: \_\_\_\_\_ Nombre o marca? \_\_\_\_\_
Enumere algun problema o complicacion que tenido con algun metodo? \_\_\_\_\_
Alguno de sus embarazos fue por falla de su contraceptivo? \_\_\_\_\_ Metodo \_\_\_\_\_

4. HISTORIAL MEDICO:

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

TIENE ALERGIA A MEDICINAS COMO?: [ ] Lidocaina [ ] Yodo/Ostras [ ] Methergine [ ] Doxyciclina [ ] Otras medicinas: \_\_\_\_\_
[ ] Otras alergias?

Anote cualquier droga, medicinas suplementos naturales que este tomando:

Nunca Fumo: \_\_\_\_\_ Fuma ahora: \_\_\_\_\_ # al dia: \_\_\_\_\_ Dejo de fumar: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Consteste si o no)

- ANEMIA, INFECCION URINARIA O DE SU VEJIGA, TENENCIA A SANGRAR, COAGULOS, TRANSFUSION DE SANGRE, QUISTES O TUMORES EN LOS SENOS, OTRAS: Enfermedades Cronicas, DIABETES, ENFERMEDAD CARDIACA, PRESION ALTA, CIRUGIA EN LA PIERNA, HEPATITIS O PROBLEMAS CON EL HIGADO, PROBLEMA CON LOS PULMONES/ASMA, PROBLEMAS NEUROLOGICOS O EPILEPCIA, PROBLEMAS PSIQUIATRICOS, FIEBRE REUMATICA, PROBLEMAS CON SU TIROIDES, ESTOMAGO, MOVIMIENTOS

NOMBRE TODAS SUS HOSPITALIZACIONES incluyendo partos:

HISTORIA FAMILIAR:

diabetes cancer en la mujer gemelos
Otros:

5. FIRMAS:

Esta informacion es correcta y exacta: \_\_\_\_\_
Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Historial revisado \_\_\_\_\_
Firma conejero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_