



# Historial Medico

IMPRIMA CLARO

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Solo para la oficina: **G P SAB TAB LMP Gest Age**

## Información Sobre el Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_  Se puede dejar mensaje Primer día de su última menstruación \_\_\_\_\_

No se puede dejar mensaje

Contacto en Emergencia (mandatorio) \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Información Sobre Embarazos

\_\_\_\_\_ Número de Embarazos (incluyendo el actual) \_\_\_\_\_ Número de hijos vivos \_\_\_\_\_ Historial de embarazos ectópicos

\_\_\_\_\_ Número de Partos \_\_\_\_\_ Número de partos prematuros

\_\_\_\_\_ Número de pérdidas espontáneas \_\_\_\_\_ Número de abortos inducidos

Tuvo complicaciones con cualquiera de los anteriores \_\_\_\_\_

## Información Ginecológica

Fecha de ultimo Papanicolaou \_\_\_\_\_ Edad que comenzó su período \_\_\_\_\_ Número de días entre períodos \_\_\_\_\_

Número de días que sangra \_\_\_\_\_ Mi ciclo es:  Regular  Irregular El sangrado es:  Mucho  Moderado  Ligero

Tiene historial de Papanicolaou anormal?  Si  No En qué año? \_\_\_\_\_

Historial de infecciones vaginales/ETS?  Si  No Si? Por favor cuales: \_\_\_\_\_

Método actual de control de la natalidad \_\_\_\_\_ Esta satisfecha con este método?  Si  No

Anote sus métodos anticonceptivos que a usado antes \_\_\_\_\_

Ha tenido embarazos por la falla del método anticonceptivo?  Si  No

Anote problemas o complicaciones que usted ha tenido con cualquier método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

## Historial Medico

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

Alergias:  No que yo sepa  Lidocaína  Yodo  Methergina  Doxycyclina  Huevos  
 Látex  Fiebre del Heno  Ostras  Medicinas para el dolor: \_\_\_\_\_  
 Otras (por favor lista): \_\_\_\_\_

Anote cualquier droga, medicamentos, tratamientos, y suplementos de hierbas que este tomando:

Fuma ahora?  No  Si Cuantos al día: \_\_\_\_\_  Nunca Fumo  Dejo de Fumar

### Marque cualquiera de las siguientes condiciones que usted tuvo:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Problemas con los pulmones / Asma  |
| <input type="checkbox"/> Infección urinaria o de su vejiga  | <input type="checkbox"/> Rubéola                             | <input type="checkbox"/> Migrañas o Jaqueca                 |
| <input type="checkbox"/> Tenencia a sangrar o problemas para coagular                                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca                 | <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos o Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Coágulos   | <input type="checkbox"/> Presión Alta                        | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos            |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre  | <input type="checkbox"/> Cirugía en la pierna                | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                   |
| <input type="checkbox"/> Quistes o tumores en los senos   | <input type="checkbox"/> Problemas con el hígado o hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de digestión             |
| <input type="checkbox"/> Otras (Anote otras enfermedades crónicas y recientes enfermedades contagiosas) |  | <input type="checkbox"/> Problemas con su tiroides          |

Historia Familiar:

Diabetes  Cáncer en la mujer  Gemelos

Anote los tratamientos médicos, enfermedades, hospitalizaciones :

Mes/Año Condición Status (office use only)

Las normas de privacidad establecidas por la provisión HIPAA 2003 refiriéndose a la privacidad y seguridad de información del paciente ordena autorización antes de dar cualquier información de salud personal. FCHC continuara reconociendo su confianza. Su autorización escrita expresa es necesaria para poder dar cualquier información personal. FCHC normalmente no comparte información que la identifique con otras organizaciones de salud. A no ser que usted haya puesto sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_

**He proporcionado información completa y correcta acerca de mi historial medico. Autorizo a FCHC usar mi información solo para fines de tratamiento, cuidado de mi salud y pago.**

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ History Reviewed \_\_\_\_\_