



Tuality Obstetrics & Gynecology

364 SE Eighth Avenue, Suite 205 • Hillsboro, Oregon 97123 • Office: (503) 681-4145 • Fax: (503) 681-4146

Megan R. Bird, M.D. • Sylvania E. Bennett, M.D. • Julie A. Olds, M.D.

Nicola S. Rotberg, M.D., FACOG • Jennifer R. Hendrickson, M.D., FACOG

Bienvenido a nuestra clínica. A fin de ofrecerle a usted el mejor servicio posible, necesitamos información sobre varios aspectos de su historia medica. A todos nuestros pacientes les hacemos estas preguntas, así es que probablemente algunas de ellas no se apliquen a usted personalmente. Si usted no está seguro acerca de alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Nuestro médico de clínica examinará esta forma con usted. Muchas gracias por su ayuda.

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Su doctor primario: _____ ¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

¿Le preocupa algo en especial ahora? Sí No Si es así, explíquelo: _____

Historia Médica General

OB-1031 (3/10)

¿A qué medicina es alérgica? _____ ¿Qué reacción le causa? _____

¿Qué otras alergias tiene? _____

¿Estuvo en el hospital? (que no sea para partos) Sí No _____

¿La operaron? Sí No _____

Marque los cuadros que le conciernan y describa brevemente el problema y su tratamiento.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nariz / Sinusitis _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ <input type="checkbox"/> Migrañas _____ | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Respiratorios / Asma _____ |
| <input type="checkbox"/> Garganta _____ | <input type="checkbox"/> Del estómago o digestivos _____ |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva _____ | <input type="checkbox"/> Hígado / vejiga _____ |
| <input type="checkbox"/> De la tiroides / cuello _____ | <input type="checkbox"/> Riñón / problemas urinarios _____ |
| <input type="checkbox"/> Senos _____ | <input type="checkbox"/> Problemas musculares o de las coyunturas _____ |
| <input type="checkbox"/> Corazón _____ <input type="checkbox"/> Dolor de pecho _____ | <input type="checkbox"/> Anemia _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta presión _____ | <input type="checkbox"/> Condiciones genéticos _____ |
| <input type="checkbox"/> Historia de malos tratos _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| (físico, emocionales, sexuales) | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra clase de problemas _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental _____ |

Ginecológico / Sexual / Anticonceptivo

¿A qué edad comenzó su regla? _____ Día en que empieza _____ Día en que termina _____

La regla es: Regular Irregular Dolorosa El flujo es: Ligero Moderado Abundante

El primer día de la última regla: _____ ¿Fue normal? Sí No

¿Le preocupa algo acerca de su regla? Sí No

¿Tiene problemas antes de la regla? Sí No

¿Se le ha detenido la regla? Sí No Si fue así, a qué edad? _____

¿Está recibiendo terapia para reemplazamiento de hormonas? Sí No Si es así, de qué tipo y en qué dosis? _____

¿El ultimo papanicolao? _____ ¿Resultó normal? Sí No ¿El último mamograma? _____

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ ¿Sus compañeros sexuales son? Hombres Mujeres Ambos

¿Está usando algún método anticonceptivo actualmente? Sí No Si es así, diga de qué tipo? _____

¿Está satisfecha con el método que usa actualmente? Sí No

¿Le gustaría discutir otras opciones para el control de la natalidad este día? Sí No De qué tipo? _____

Ginecológico / Sexual / Anticonceptivo

¿Se lava con ducha? Sí No ¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Qué usa? _____

¿Está usted teniendo alguno de los siguientes síntomas?

Comezón vaginal Irritación vaginal Ampollas vaginal Descarga diferente Sangrado anormal
 Dolor al orinar Dolor al momento de las relaciones sexuales Otro tipo de Síntomas _____

Alguna vez ha tenido: (diga cuándo y describa)

Papanicolao anormal _____ Problemas uterino _____
 Tratamiento por papanicolao anormal _____ Endometriosis _____
 Verrugas venéreas _____ Quistes en los ovarios _____
 Problemas la esterilidad _____ Herpes _____
 Trichomoniasis _____ Clamydia _____
 Gonorrea _____ Sífilis _____
 Vaginosis bacteriano _____ Inflamación pélvica PID _____
 Cáncer en cuello de matriz, útero, vagina, ovarios _____
 Infecciones continuas, hongo vaginal _____ Hepatitis _____
 De otro tipo _____

Historia Obstétrica

¿Piensa usted que está embarazada? Sí No ¿Está tratando de embarazarse? Sí No

Fecha del último embarazo: _____

Historia de embarazos (Por favor escriba la fecha): Partos de niños vivos _____ Partos prematuros _____

Cesáreas _____ Partos de niños muertos _____ Malos partos (fetos muertos) _____

Abortos (provocados) _____ Embarazos ectópicos (fuera de la matriz) _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ De qué edad: _____ ¿Está amamantando actualmente? Sí No

¿Le vinieron complicaciones por el embarazo? Diabetes Alta presión Otra clase de complicaciones _____

¿Tiene otras preocupaciones o problemas que no hemos mencionado? _____

Historia Familiar

Escriba sobre la línea la persona de su familia que tenga: (No ponga nombres. Escriba madre, padre, hermano, hermana, abuela paterna, abuelo paterno, abuela materna, abuelo materno)

Diabetes: _____ Colesterol alto: _____ Apoplejía: _____

Alta presión: _____ Coágulos: _____ Ataques al corazón antes de los 50 años: _____

Cáncer: _____ Problemas de la tiroides: _____ Depresión: _____

Alcoholismo / drogadicción: _____ Osteoporosis: _____ Otros problemas: _____

Cuidado de su Cuerpo

¿Hace Ejercicio? Sí No ¿De qué tipo? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Describa la clase de alimentos que toma (de bajas calorías, hamburguesas, etc.)? _____

¿Tiene problemas con su peso? Sí No ¿Ha tenido problemas alimenticios? Sí No

¿Problemas de insomnio o los destellos calientes? Sí No ¿Se examina los senos? Sí No

¿Ha fumado? Sí No ¿Está fumando actualmente? Sí No ¿Cuántas al día? _____

¿Cuánto tiempo ha fumado? _____ ¿Ha tratado de dejar? Sí No

¿Toma bebidas con cafeína? Sí No ¿Cuántas al día? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuántas a la semana? _____

¿Se ha drogado? Sí No ¿Qué tipo de droga? _____

¿Ha recibido transfusión de sangre desde 1977? Sí No

¿Está tomando medicinas actualmente? Sí No Describalas (incluya las de receta, las que compra sin receta, vitaminas, hierbas)

Para uso de la oficina solamente: Name: _____ MR # _____