

Open Door Gynecology Services
INGRESO E HISTORIA DE PACIENTES



(Por favor, responda lo mejor que pueda. No te preocupes demasiado por las respuestas que no sabes.)

Fecha de hoy: _____ Nombre legal: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué lo trae a la oficina hoy? _____

Pruebas más recientes:

Última mamografía: _____ Última colonoscopia: _____ Última DEXA: _____

Otros (especifique): _____

Medicamentos: Enumere cualquier medicamento (y dosis), vitaminas o hierbas que esté tomando actualmente. No hay medicamentos actuales

Nombre del medicamento	Dosificación	Nombre del medicamento	Dosificación

Antecedentes menstruales y ginecológicos:

Primer día (fecha) del último período: _____ Post- menopáusica Histerectomía

¿Sus períodos son regulares? Sí No

¿Tiene sangrado entre períodos? Sí No

Edad de su primer período: _____

¿Cuántos días desde el primer día de su período hasta el primer día de su próximo período? _____

¿Cuántos días duran sus períodos? _____

Es su flujo: ligero moderado intenso

¿Son sus períodos dolorosos? Sí No

¿Tiene otros síntomas con sus períodos? Sí No

En caso afirmativo, favor de enumerar: _____

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____

Los resultados fueron: normal anormal

¿Alguna vez se ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo y cuál fue el diagnóstico?: _____

¿Tuvo algún procedimiento para tratar el Papanicolaou anormal?: _____

¿Está usando anticonceptivos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de anticonceptivo?: _____

¿Tiene dolor cuando tiene relaciones? Sí No

¿Tiene goteo de orina incontrolable? Sí No

Historia Social:

Por favor describa su consumo actual de tabaco:

Nunca fumó Ex fumador Fumador actual Fuma todos los días Fuma algunos días

Si es fumador actual, ¿cuántos por día? _____ Intentando dejar de fumar

¿Usa marihuana? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué forma y con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez has usado drogas ilícitas? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de droga y con qué frecuencia: _____

¿Bebe bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas por día o por semana _____

Nivel más alto de educación:

No terminó la escuela secundaria Secundaria / GED Preparatoria

Graduado de la preparatoria Título universitario

Revisión de sistemas: Por favor, marque el círculo junto a cualquiera de los siguientes síntomas o problemas si usted los ha experimentado recientemente o tiene preocupaciones acerca de ellos.

Fiebre	Aumento de peso	Pérdida de peso	Sarpullido
Visión borrosa	Dolor de cabeza	Sangrado de encía	Dificultad para respirar
Masa mamaria	Dolor en el pecho	Dolor en los senos	Desmayo
Presión arterial elevada	Falta de aire	Dolor abdominal	Estreñimiento
Náuseas	Vómito	Secreción del pezón	Diarrea frecuente
Heces con sangre	Dolor al orinar	Problemas de vejiga	Dolor pélvico
Hemorragia	Flujo vaginal	Calambres en las piernas	Mareos
Depresión	Pérdida de orina	Sangre en la orina	Pérdida de heces

**** Por favor llene esta última tabla sólo si usted está aquí para una visita de embarazo ****

Chequeo genético:

Por favor, marque el círculo bajo 'Y' si alguien en su familia o pareja / familia del donante ha tenido lo siguiente. Marque el círculo bajo 'N' si no es aplicable.

Chequeo	Y or N	Chequeo	Y or N
¿Tendrá menos de 35 años en el momento del parto?		Autismo	
Defecto del tubo neural, espina bífida/anencefalia		En caso afirmativo al autismo, ¿se probó a la persona para X frágil?	
Trisomía 21		Discapacidad mental	
Defecto cardíaco congénito		En caso afirmativo a la discapacidad mental, ¿se realizó la prueba de X frágil a la persona?	
Enfermedad de Tay-Sachs		Enfermedad o rasgo de células falciformes	
Síndrome de Canavan		Pérdida recurrente del embarazo/mortinato	
Hemofilia o enfermedad hematológica		Otro trastorno genético/cromosómico hereditario	
Enfermedad de Huntington		Otras discapacidades físicas	
Cotreade Huntington		Otros defectos congénitos	