

Desde su ultima visita, ¿ha tenido uno de estos diagnosticos recientemente?

Ninguno

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease | <input type="checkbox"/> Embolia venosa | <input type="checkbox"/> Osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Reflujo gastrico | <input type="checkbox"/> Cancer de piel |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Infarto cardiac (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad genetica | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Coagulacion de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, or C) | <input type="checkbox"/> Tiroides (Hypo or Hyper) |
| <input type="checkbox"/> Cancer de senos | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Ataque isquemico transitorio |
| <input type="checkbox"/> Arritmias cardiaca | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Trigliceridos elevados |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (Hypercholesterolemia) | <input type="checkbox"/> Hipertension (HTN) | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Cancer de colon | <input type="checkbox"/> Sindrome del Intestino Irritable (IBS) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia congestive | <input type="checkbox"/> Calculos en los Riñones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Cancer del pulmon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Migrañas/dolor de cabeza | _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvular mitral(MVP) | |

¿Alguna vez a sido hospitalizada/o? No Si

Desde su ultima visita, ¿ha tenido alguna cirugia recientemente? No Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Desde su ultima visita, ¿le han diagnosticado alguna alergia NUEVA a medicamentos, alimentos, o alergenios ambientales? No Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Desde su ultima visita, ¿a un FAMILIAR se le ha diagnosticado una NUEVA condicion medica o cancer? No Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Alguna vez un MIEMBRO DE FAMILIA ha tenido pruebas geneticas para el riesgo de cancer hereditario? No Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Antecedente Ginecologo

Primer dia de su ultimo ciclo menstrual: ____/____/____

Primer Ciclo Menstrual: Edad ____ Fecha: ____/____/____ Menopausia: Edad ____ Fecha: ____/____/____

No Ciclo Menstrual: Lactancia Anticonceptivo Menopausia Ablacion Endometrial Histerectomia Otro

Ciclo: Ciclo Regular Ciclo Irregular, cada: ____ dias ____ semanas ____ meses

Colicos: No Si Coagulos: No Si

¿Es usted sexualmente activa? No Si Preferencia de pareja sexual: Masculino Femenino

¿Tiene antecedentes de abuso fisico, emocional, o sexual? No Si ¿Su vida intima es satisfactoria? No Si

¿Esta tratando de quedar embarazada? No Si ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Cual metodo de anticonceptivos usa usted?

- No soy sexualmente activa
- Quisiera quedar embarazada
- Antecedente de Esterilidad
- Abstinencia
- Pastilla del dia siguiente
- Condon
- Depo Provera
- Diaphragm
- Essure
- Dispositivo 3 años Progestin
- Dispositivo 5 años Progestin
- Dispositivo 10 años Copper
- Planificasion
- Histerectomia
- Parche Anticonceptivo
- Anillo Vaginal
- Implante Progestin
- Ciclo
- Salpingectomia, Bilateral
- Pareja de mismo sexo
- Ligadura de trompa, Bilateral
- Inserto Hormonal vaginal
- Espermicidas vaginal
- Vasectomia
- Coitus interruptus

Antecedentes de Ginecologo: Ninguno

- Papanicolauo Anormal
- Amenorrea
- Anovulacion
- Quiste de la Glandula de Bartholin
- Cancer de cuello uterino
- Micosis (infeccion de ongo)
- Clamidia
- Verrugas Genitales
- Crioterapia
- Vejiga caida
- DES expocision en utero
- Displasia (pre-canceroso)
- Dispareunia (dolor durante sexo)
- Endometriosis
- Utero fibroso
- Gonorrea
- Menstruacion Abundante
- Herpes, genital
- HPV
- Hydrosalpinx
- Incontinencia
- Esterilidad
- Menstruacion Irregular
- LEEP
- Cancer de ovarios
- Problemas de ovaries
- Adherencias pelvicas
- PID
- PMS
- Ovarios poliquisticos (PCOS)
- Sifilis
- Tricomoniasis
- Cancer uterino
- Polipos uterinos
- Prolapso uterino
- Cancer vaginal o volvular

Revisión de sistemas: (Por favor, marque si tiene estos síntomas hoy): Ninguno

General	Escalofríos Fatiga Fiebre Sudores nocturnos Aumento de peso Pérdida de peso
Ojos	Puntos ciegos Flotadores Dolor de ojos
Oídos, nariz, garganta, cuello	Sangrado de goma Ronquera Cuello hinchado Pérdida de audición Dificultad con la garganta Sangrado de nariz
Endocrine	Intolerante al frio Intolerante al calor Perdida de cabello Sofocos Crecimiento excesivo del vello facial Aumento de sed
Respiratory	Hemoptysis (Tos sanguinolenta) Falta de aliento Sibilancias
Cardiac	Debil Dolor de pecho Palpitaciones
GI	Dolor abdominal Sangre en el excremento Estreñimiento Diarrea Nausea Vomitos
Heme/Lymph	Anemia Hematoma inusual Sangrado prolongado Ganglio linfático agrandado
GU	Nocturia (orina frecuente por la noche) Dolor pelvico Sequedad vaginal Secrecion vaginal Comezon vaginal Quemazon vaginal Bajo deseo sexual Difiultad con orgasmo Relaciones sexuales dolorosas Sangrado despues de relaciones sexuales Sangre en la orina Orina frecuente Dolor al orinar
Musculoskeletal	Dolor de espalda Dolor en las articulaciones Debilidad en las extremidades Articulaciones inflamadas
Skin	Acne Piel seca Lunar nuevo Erupción
Neurologic	Mareos Nuevos dolores de cabeza Mala memoria Entumecimiento en las extremidades
Psychiatric	Irritabilidad Ansiedad Depresión Problema de sueño Suicidio Insomnio