

Resumen De Historia Ginecológica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha Hoy: _____

Historia Personal *(Por favor escriba la fecha si ha tenido problemas con cualquier de los siguientes.)*

Examen de densidad de huesos	Depresión / Ansiedad	Problemas del corazón / Soplo cardiaco / Fiebre reumática
El ultimo examen de colesterol	Artritis / Dolor en las coyunturas / Fracturas	Hepatitis / Ictericia
La ultima colonoscopia	Asma / Enfermedad crónica de los pulmones	Presión alta / Derrame cerebral
La ultima inyección contra la influenza	Problemas intestinales o el estómago / Ulceras	Infección de los riñones / Piedras nefriticas
La ultima mamografia	Cáncer	Problemas menstruales
El ultimo papanicolao	Diabetes	Neumonia / Tuberculosis
Papanicolao abnormal	Epilepsia / Convulsiones	Enfermedad de la tiroideo
Anemia/Transfusión de sangre	Problemas con el oído o vista	Enfermedad Venérea

Historia Cirugias *(Por favor escriba la fecha de todas cirugias previas)*

Cirugia abdominal	Vesicula	Otras cirugias pelvicas
Apendectomia	Hernia	Drenaje de ovarios
Cirugia de senos	Hysterectomia	Ligamento de trompas
Cirugia de Cesaria	Laparoscopia	Otras cirugias

Medicinas Que Toma Ahora

Nombre del Medicamentos	Dosis	Nombre del Medicamentos	Dosis

Alergias *(Por favor nombrar)*

Historia Familiar *(Por favor, indique la relación de alguien que haya tenido alguna de las siguientes enfermedades.)*

Enfermedad	Familiar	Enfermedad	Familiar
Reaccion a la anestesia		Alcoholismo	
Cuagulos de Sangre		Problemas del Corazón	
Cancer de mamas		Presión Alta	
Cáncer del Colon		Cáncer de los Ovarios	
Diabetes		Derrame Cerebral	

Historia Ginecológico

cont...

Historia Menstrual

Quando empreso la regla		¿Tiene sangrado entre reglas?	
Cuantos dias dura la regla		¿Cada cuantos dias tiene su regla?	
La ultima regla		¿Es su sangrado mucho, mediano, o poco?	
Medodo de contracepcion		¿Cuando comenzo su menopausia?	

Historia de embarazos (número)

Numero de embarazos	Embarazos de tiempo completo	Partos temprano
Abortos Espontaneos/Abortos	Embarazos ectopicos	Hijos(as) que viven

Historio Social (por favor conteste la siguiente información)

Raza	Religión	Estado civil	Ocupación	Ejercicio	Nivel de education

(Por favor, marque lo que corresponda)

Usa tabaco	Expuesto enfermedades venerias	Empezó su actividad sexual antes de los 16
Usa de alcohol / drogas	Expuesto al HIV	A tenido mas de 5 compañero sexuales
Historia de enfermedades venerias	Expuesto a abuso domestico	A tenido una prueba positiva del HIV

Por favor circule cual es la razón de su visita este dia.

Examen anual	Depresión / Emociones	Dolores pelvico
Papanicolao anormal	Infertilidad	Examen premarital
Periodos anormales	Perdida de orina	Infección vaginal
Examen de senos	Simtomas menpáusico	Otro problema:

Repaso de Sistemas (por favor circule si está teniendo problemas con cualquier de los siguientes)

Salud General	Estómago, Digestión o Intestinos	Entumecimiento o Dolores de Cabeza
Ojos, Oidos, Nariz o Garganta	Urinarios	Músculos, Huesos o Coyunturas
Senos	Periodo Menstrual Anormal	Problema de peso calores o perdida de cabello
Corazón, Pecho o Pulmones	Piel	Emociones