



**Cuestionario para
pacientes nuevos**
Más que 40 años de edad



Nombre _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Médico general _____

ALERGIAS: (incluya reacción, i.e. erupción, problemas con la respiración)

MEDICACIONES Y DOSIS: Incluya vitaminas, minerales y suplementos a base de hierbas.

MANTENIMIENTO DE SALUD: Cuáles de los exámenes y vacunas más abajo ha tenido Ud. y cuándo? Cuáles eran los resultados?

	Mes/Año	Resultados	Tratamientos
Papanicolaou			
Pruebas anormales de Papanicolaou?			
Mamograma			
Colonoscopia			
DEXA (prueba de densidad ósea)			
Prueba de colesterol			
Análisis de sangre general			
Refuerzo de tétanos-difteria			

OPERACIONES: Incluya datos _____

ACCIDENTES MAYORES O HERIDAS/HOSPITALIZACIÓN: Incluya datos _____

- ___ ¿En cuál día empezó su **última regla**?
- ___ ¿Cuántos veces ha sido embarazada?
- ___ Número de hijos vivos
- ___ Número de partos vaginales ___ Cesáreas
- ___ ¿A cuál edad empezó Ud. a tener reglas?
- ___ ¿Cada cuanto viene su regla?
- ___ ¿Cuántos días dura su regla?
- ___ ¿Tiene problemas con su regla?
Si es así, explique _____
- ___ ¿Es sexualmente activa?
- ___ ¿Que métodos anticonceptivos usa?

- ___ ¿Se preocupa en exposición a **enfermedades transmitida sexualmente**?
- ___ ¿Tiene **dolores de la pelvis**?
- ___ ¿Le duele cuando orina?
- ___ ¿Tiene **flujo anormal de la vagina**?
- ___ ¿Tiene comezón anormal en la vagina?
- ___ ¿Tiene problemas con **escape de orina**?
- ___ ¿Fuma Ud.? _____
 fumador actual - todos los días (cuantos) _____
 fumador actual – ocasionales _____ ex fumador
 nunca han fumado desconocen su estatus de fumador desconoce si ha fumado
- ___ ¿Usas alcohol o drogas? _____
- ___ ¿Con que frecuencia? _____

___ ¿Tiene **preocupaciones sexuales**?

¿QUE PREOCUPACIONES TIENE?

