

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
Papanicolau			
Pruebas anormal de Papanicolaou?			
Prueba de anticuerpos de rubeola			
Varicela o vacuna			
Refuerzo de tétanos-difteria			
Vacuna de hepatitis B			
Prueba de colesterol			

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?  
 \_\_\_ ¿Tiene **preocupaciones sexuales**?  
 \_\_\_ ¿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? \_\_\_\_\_

QUE PREOCUPACIONES TIENE? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Please check and date the squares below for you and close family members who had any of these diagnoses.

Diagnosis	Self	Mother	Father	Brother	Sister	Maternal Grandmother	Maternal Grandfather	Paternal Grandmother	Paternal Grandfather
Alzheimer's									
Alcoholism									
Asthma									
Bladder problems									
Blood Clotting Disorders									
Blood Clots in Legs (DVT)									
Cancer									
Breast									
Cervical									
Colon									
Ovarian									
Uterine									
Other									
Depression									
Developmental delay									
Diabetes									
Endometriosis									
Fibroids									
Gallbladder prob.									
Headache, chronic									
Heart Disease									
Hepatitis/ jaundice									
High Blood Pressure									
High Cholesterol									
HIV / AIDS									
Inherited Disease									
Kidney Disease									
Liver disease									
Lung Disease									
Mental Illness									
Migraines (with or without Aura)									
Obesity									
PCOS									
Seizure Disorder									
Sickle Cell									
Stroke									
Thyroid Disease									

If they pertain to you, please list date and treatment for condition below. Explain above marked diagnoses and any additional problems.

---



---



---