

HISTORIAL MÉDICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Razon por su visita de hoy: _____

La siguiente información nos ayudará a proveerle atención médica de la más alta calidad. Favor de completar este historial de salud tan cabalmente como le sea posible. Gracias.

Historial Médico

¿Padece usted o alguna vez ha padecido de cualquiera de las siguientes condiciones? Marque todas las que aplican.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia/trastorno de sangre | <input type="checkbox"/> Sinusitis/ alergias | <input type="checkbox"/> Cirugía en órganos reproductivos |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangría | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las venas | <input type="checkbox"/> Complicación de la anestesia | <input type="checkbox"/> Glaucoma/ problemas de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón/ cirugía | <input type="checkbox"/> Visión borrosa/ desmayo visual | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Presión alta de la sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ convulsiones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Venas varicosas severas | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas |
| <input type="checkbox"/> Inyección de Rhogam/ RH negativa | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones/ vesícula | <input type="checkbox"/> Pensamientos/ intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Desorden de la tiroide | <input type="checkbox"/> Trastorno en comer |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Pánico /trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Pólipos nasales | <input type="checkbox"/> Cirugía de desvío de gástrico | <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez la han agredido físicamente? |
| <input type="checkbox"/> Asma/ falta de aliento | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos | <input type="checkbox"/> _____ |

Favor de enumerar cualquier alergia que tenga, y sus reacciones: _____

¿Actualmente está tomando alguna medicina? Favor de enumerar cualquier receta, suplemento, vitaminas o medicinas sin receta: _____

¿Tiene usted o ha tenido usted algún problema médico? ¿Cuál (cuáles)? _____

¿Actualmente está dando el pecho? sí no

Historial Familiar

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Sí | No | Se | ¿Hay un historial en su familia de cualquiera de lo siguiente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, favor de anotar el pariente afectado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted adoptada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer del seno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de los ovarios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro cáncer |
| | | | | Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis (huesos quebradizos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial de enfermedad que heredada (Tay-Sachs, anemia de células en hoz, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿A su madre le recetaron DES para prevenir el aborto? |

CEDAR RIVER CLINICS

- Renton
 Tacoma

Historial Social

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Sí | No | ¿Hace ejercicio regularmente? Tipo y cantidad por semana: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? _____
¿Por cuántos años ha fumado? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fue usted fumadora anteriormente? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Bebe alcohol? ¿Cuántas copas por semana? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa drogas para la recreación? Favor de enumerar: _____
_____ |
| | | | ¿Cuán a menudo? _____ veces por día/semana/mes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El acceso a las venas es un problema para usted? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Piensa que tiene un problema con las drogas o el alcohol? |
| | | | ¿Quisiera referencias o información adicional para cualquiera de los asuntos siguientes? |
| | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticonceptivo de emergencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Violación/ Agresión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parar fumar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maltrato físico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas emocionales o drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dependencia del alcohol |

Si está aquí para la terminación de un embarazo,
¿Piensa que tiene apoyo emocional? _____

¿Qué tal se siente acerca de su decisión de tener un aborto?:

- Muy Segura Segura Insegura

Síntomas Actuales

¿Está actualmente padeciendo de cualquiera de las siguientes condiciones? ¿Por cuánto tiempo? Marque todo lo que aplica.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cantidades pequeñas de orina | <input type="checkbox"/> Sangrado irregular | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda debajo de la cintura | <input type="checkbox"/> Dolor durante o después de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Dolor ardor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Ardor vaginal | <input type="checkbox"/> Sangrado después de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Orina frecuente |
| <input type="checkbox"/> Picazón vaginal | <input type="checkbox"/> Dolor durante o después del orgasmo | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Desecho raro | <input type="checkbox"/> Salpullido/ampollas/lagas en el área genital | <input type="checkbox"/> Orina ensangrentada |
- ¿Su pareja sexual ha experimentado algunos de los síntomas enumerados anteriormente? ¿Cuáles? _____
 _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Historial Ginecológica

¿Padece usted o alguna vez ha padecido de cualquiera de las siguientes condiciones? Marque todas las que aplican.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resultado anormal en una prueba de Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Forma/posición anormal del útero | <input type="checkbox"/> Infección vaginal |
| <input type="checkbox"/> Biopsia/coloscopia | <input type="checkbox"/> Fibroides | <input type="checkbox"/> Vaginosis bacteriana (BV) |
| <input type="checkbox"/> Laparoscopia/laparotomía | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria de la pelvis (PID) | <input type="checkbox"/> Bolita/cáncer del pecho |
| <input type="checkbox"/> Cáncer cervical/uterino | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Problemas de infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Quistes de los ovarios | <input type="checkbox"/> HPV/verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Infección de la vía urinaria |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de los ovarios | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Preeclampsia/toxemia |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Sangrado excesiva |
| <input type="checkbox"/> Endometritis (infección del útero) | <input type="checkbox"/> Fecha de su último Papanicolaou. | <input type="checkbox"/> Sífilis |

Favor de enumerar el número total de:

Historial de Embarazos

Si está embarazado, es su primer vez? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Embarazos	Nacimientos	Partos prematuros	Abortos quirúrgicos	Abortos espontáneos	Hijos vivos	Cesareas	Ectópicos	Defectos genéticos

Favor de explicar cualquier complicación de embarazo:

Historial Menstrual

Edad cuando tuvo la primera menstruación: _____
 Fecha en que comenzó su última menstruación: _____
 ¿Fue una menstruación normal? sí no Si no, favor de explicar:

 Sus períodos son: regulares irregulares ausentes dolorosos
 Sus períodos vienen cada _____ semanas por _____ días.
 En los días pesados, número de toallas/tampones usados diariamente: ____
 ¿Ha sido algún cambio reciente en su patrón menstrual? sí no
 Si es así, ¿qué cambios? _____

Historial de uso de Anticonceptivos

¿Qué forma de control de la natalidad usted está utilizando actualmente? _____
 ¿Algún problema con este método? _____
 ¿Quiere cambiar su método de control de la natalidad? Si es así, en qué método(s) está interesada? _____
 ¿Ha usado alguno de estos contraceptivos en el pasado?
 Pastillas Inyección/Depo Condón
 Dispositivo intrauterino (DIU) Capa Cervical
 Espuma/Gelatina Esponja Diafragma Método del ritmo
 EC/ Contraceptivo de Emergencia Condón femenino
 Aro vaginal El Parche Retirarse
 ¿Algún problemas con ellos? _____

 ¿Quiere hijos en el futuro? sí no no estoy segura

Well Woman

¿Piensa que puede estar embarazada? sí no
 ¿Actualmente está intentando quedar embarazada? sí no

Firma Del Cliente _____ Fecha _____

Firma de la Intérprete _____ Fecha _____

Agencia de Interpretación _____

Historial Sexual

¿Actualmente está teniendo sexo? sí no
 Marque todo lo que aplica: vaginal oral anal
 ¿Su(s) pareja(s) sexual(es) es (son) masculina(s) femenina(s) ambos?
 ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 60 días? _____

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tendido ud. una nueva pareja sexual en los últimos 60 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usó ud. un condón la última vez que tuvo relaciones?