

**BIENVENIDA A NUESTRA PRACTICA!**  
**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMO ESCUCHO ACERCA DE NUESTRA PRACTICA? \_\_\_\_\_

REFERIDA POR: \_\_\_\_\_ RAZON DE SU VISITA: \_\_\_\_\_

FECHA Y LOS RESULTADOS DE SU ULTIMO PAPANICOLAO(CITOLOGIA): \_\_\_\_\_

CUAL FUE EL PRIMER DIA DE SU ULTIMA MESTRUACION: \_\_\_\_\_

CUANTOS DIAS DURA SU PERIODO MENSTRUAL: \_\_\_\_\_

HA HABIDO ALGUN CAMBIO EN EL NUMERO DE DIAS ENTRE SUS PERIODOS? \_\_\_\_\_

SANGRA USTED MUCHO DURANTE SU PERIODO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

USTED SIENTE MOLESTIA ANTES DE SU PERIODO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ESTA TOMANDO HORMONAS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

REGULARMENTE, TOMA USTED ALGUNA CLASE DE MEDICAMENTO? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIENE DOLOR AL TENER RELACIONES SEXUALES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SANGRA DESPUES DE TENER RELACIONES SEXUALES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PRESENTA MOLESTIA DEBIDO A FLUJO VAGINAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SE LE SALE LA ORINA AL TOSER O AL ESTONUDAR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA TENIDO SECRECION O SALIDA DE LIQUIDO DE SUS SENOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ALGUNA VEZ HA TENIDO UN NUDO O MASA EN SUS SENOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SANGRA O HA SANGRADO DEL RECTO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA HABIDO ALGUIEN EN SU FAMILIA CON CANCER DEL SENO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

FECHA Y RESULTADO DE SU ULTIMO MAMOGRAMA: \_\_\_\_\_

FECHA Y EL RESULTADO DE SU ULTIMO NIVEL DE COLESTEROL: \_\_\_\_\_

ALGUN HISTORIAL DE EXPOSICION A **DES**, DE SU PARTE O DE PARTE DE SU MADRE: \_\_\_\_\_

*DES (dyethylstilbestrol) es un a forma de estrogeno hecha por el hombre (sintética), una hormona femenina. Doctores prescribieron ésta entre 1938 y 1971 para ayudar a algunas mujeres embarazadas quienes habían tenido pérdidas o partos prematuros en el pasado. (para mayor inforamción visite [www.cancer.org](http://www.cancer.org))*

Iniciales del Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL**  
**CIRUGIAS/ ENFERMEDADES MAYORES/ ACCIDENTES**

**ESCRIBA CUALQUIER OPERACION O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUE USTED HAYA TENIDO:**

OPERACION: \_\_\_\_\_ AÑO : \_\_\_\_\_

OPERACION: \_\_\_\_\_ AÑO : \_\_\_\_\_

**ESCRIBA CUALQUIER ACCIDENTE SERIO (HUESOS ROTOS,ETC.) QUE USTED HAYA TENIDO:**

ACCIDENTE: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**ESCRIBA CUALQUIER ENFERMEDAD SERIA QUE USTED HAYA TENIDO:**

ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**DONADOR DE SANGRE**

ALGUNA VEZ LA HAN RECHAZADO PARA DONAR SANGRE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
SI SU RESPUESTA ES SI, POR QUE? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO, O QUE HAYA TOMADO DURANTE EL ULTIMO AÑO. INCLUYA MEDICAMENTOS QUE NO NECESITAN PRESCRIPCION, CREMAS PARA LA PIEL, CONTRACEPTIVOS ORALES, VITAMINAS Y MINERALES.

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

TIENE ALERGIA, REACCION NEGATIVA O SENSITIVIDAD ALGUN MEDICAMENTO:

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_ REACCION: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_ REACCION: \_\_\_\_\_

**GINECOLOGIA**

ESTA EMBARAZADA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
SI NO , LE LLEGA LA MESTRUACION CADA MES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
HA TENIDO USTED ALGUN MAMOGRAMA ANORMAL ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
CUANTOS HIJOS TIENE? \_\_\_\_\_ CUANTOS ABORTOS/PERDIDAS HA TENIDO? \_\_\_\_\_

Iniciales del Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**GENERAL**

ESCRIBA CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD QUE NO ESTE INCLUIDO EN EL QUESTIONARIO:

\_\_\_\_\_

**REVISION DEL HISTORIAL**

OCUPACION: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

PARENTESCO	EDAD	ESTADO DE SALUD	SI MURIO, CAUSA Y EDAD AL MORIR
USTED			
PADRE			
MADRE			
HERMANO			
HERMANA			
ESPOSO			
HIJOS			

**INDIQUE QUE PARIENTE (PADRES, HERMANO, HERMANA, ABUELOS, HIJOS, TIA O TIO) SUFRE DE:**

**PRESION ALTA:** \_\_\_\_\_ **PROBLEMAS DE TIROIDES** \_\_\_\_\_

**INFARTO** \_\_\_\_\_ **ALCOHOLISMO** \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE CORAZON** \_\_\_\_\_ **COLESTEROL ALTO** \_\_\_\_\_

**DIABETES** \_\_\_\_\_ **TRIGLYCERIDOS** \_\_\_\_\_

**GLAUCOMA** \_\_\_\_\_ **OSTEOPOROSIS** \_\_\_\_\_

**CANCER(CUALQUIER TIPO)** \_\_\_\_\_

**ASMA, ULCERAS, ECZEMA, FIEBRE DEL HENO** \_\_\_\_\_

**OTRO** \_\_\_\_\_