

**Formulario de Historia para Paciente Femenino**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia de la enfermedad actual**

**Motivo de la visita de hoy:** \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva sucediendo este problema? \_\_\_\_ días; \_\_\_\_ semanas; \_\_\_\_ meses; \_\_\_\_ años

¿Hay algo que mejora el problema? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que agrava el problema? \_\_\_\_\_

¿El problema va y viene o esta siempre presente? \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, donde se localiza el dolor? \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, describa el dolor: \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, en una escala de 1-10 (10 siendo el más grave), describe la severidad del dolor: \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas** - Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

<b>General</b>		<b>Digestivo</b>	
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Náuseas / vómitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Piel</b>		<b>Musculoesqueléticos</b>	
Moretones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Erupción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Cabeza y Cuello</b>		<b>Neurológico</b>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mareo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zumbido en el oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Debilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Pulmones</b>		<b>Endocrino</b>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Respira con dificultad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sofocos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Cardiovascular</b>		<b>Hematología</b>	
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inflamación de los Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Genitourinario Femenino** –Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacilación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Orinar por las noches	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor pélvico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en al onnar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor durante el coito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Retención urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Inabilidad para aguantar la orina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infección del tractourinario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cambio en el flujo urinario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para vaciar la vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Flujo vaginal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vaciamiento incompleto de la vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sequedad vaginal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en el flanco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Picazón/ardor vaginal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Historial Médico - ¿alguna vez has tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes?					
Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	ERGE	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/>	Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las Arterias Coronarias	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>				

Aclarar las respuestas escogidas que requieren una explicación (por ejemplo: tipo de cáncer): \_\_\_\_\_

Haga una lista de Historial Médico no mencionados anteriormente :

**Alergias:**

Sin alergias conocidas       No se conocen alergias a medicamentos

Lista de las alergias a medicamentos, alimentos, etc: \_\_\_\_\_

¿Tiene reacciones al yodo?       Si       No

¿Tiene reacciones a los mariscos?       Si       No

¿Tiene reacciones a tinte de rayos X?       Si       No

**Historia Familiar:**

Problema	Padre	Madre	Hermano(a)	Otro
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro cáncer - especificar: _____	<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"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque fulminante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Historia Social:</b>					
¿Fuma usted actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? _____	En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo has fumado? _____	
¿Es usted un ex fumador?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿en qué año empezó? _____	¿En qué año dejó de fumar? _____	
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto? _____	¿Con qué frecuencia? _____	
¿Usted o alguna vez ha usado drogas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
<b>Medicamentos:</b> Anote todos los medicamentos, incluyendo vitaminas, hierbas, suplementos y sobre el mostrador:					
Nombre	Veces	Cantidad por día	Nombre	Veces	Cantidad por día
¿Alguna vez le han dicho que tenga que tomar antibióticos antes de procedimientos dentales?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Embarazo / Historial de Nacimiento:</b>					
¿Alguna vez ha estado embarazada?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántos embarazos ha tenido? _____					
¿Cuántos partos vaginales ha tenido? _____					
¿Cuántas cesáreas ha tenido? _____					
¿Es posible que actualmente está embarazada?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Antecedentes quirúrgicos</b> -Lista de todas las cirugías y las fechas; incluya el lado del cuerpo (es decir: cirugía de la rodilla izquierda):					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
<b>Los estudios de diagnóstico o de mantenimiento de la salud:</b>			<b>Signos vitales:</b>		
Último mamografía: _____			Altura actual: _____' _____"		
Último papsmear: _____			Peso actual: _____ libras		
Último colonoscopia: _____					