

Coloque la etiqueta aquí



Fecha _____

Médico _____

Formulario de antecedentes médicos

Nombre preferido: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Pronombre de género preferido: _____

Alergias: _____

Medicamentos (incluya medicamentos de venta libre, métodos anticonceptivos, remedios naturales y vitaminas):

1.) Antecedentes médicos personales

Indique si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Anemia | Infección pélvica/testicular |
| Ansiedad | Convulsiones |
| | Problemas estomacales/intestinales |
| Asma | Problemas de la tiroides |
| Coágulos sanguíneos (trombosis) | Infección de vejiga o tracto urinario |
| Trastornos sanguíneos | |
| Bulto en el pecho | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dentales | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/soplo del corazón | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, enfermedad del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

2.) Antecedentes médicos familiares

Si algún miembro de su familia biológica ha padecido alguno de los siguientes, indique quién. Si se trata de su abuela materna, escriba "mgm", si fue su abuelo paterno "mgf", su abuela paterna "pgm", su abuelo paterno "pgf", su madre (m), su padre (f), su hermana (s) y si se trata de su hermano escriba (b):

- | | |
|------------------------------|-------|
| Presión arterial alta | _____ |
| Problemas cardíacos | _____ |
| Coágulos de sangre | _____ |
| Osteoporosis | _____ |
| Problemas de sangrado | _____ |
| Problemas de la tiroides | _____ |
| Diabetes | _____ |
| Accidentes cerebrovasculares | _____ |
| Trastornos genéticos | _____ |
| Cáncer | _____ |

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?

Otros - por favor indíquelos:

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?
Sí No Si la respuesta es sí, por favor

explique: _____

¿Alguna vez lx han hospitalizado o enviado a la sala de emergencias?
Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

3.) Salud general

¿Fuma tabaco? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

¿Le interesa dejarlo? Sí No

En una semana típica, ¿qué tan a menudo hace ejercicio? _____

En una semana típica, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume? _____

¿Utiliza drogas recreativas/ilegales? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tan a menudo por semana? _____

¿Alguna vez ha usado agujas para consumir drogas? Sí No

¿Está siendo -o ha sido- maltratado física o sexualmente? Sí No

¿Desea hablar al respecto? Sí No

Lo han vacunado contra: La hepatitis B Sí No VPH (Gardasil) Sí No

¿A dónde más acude para recibir atención médica? _____

¿A dónde acude para recibir atención de salud mental? _____

¿A dónde acude para recibir atención dental? _____

Por favor circule todas las vacunas que haya recibido: DPT Influenza Triple viral Varicela

¿Hay algo más que desea hacernos saber? _____

4.) Salud sexual y planificación familiar

¿Usted o su pareja desean quedar embarazadxs?
Ahora____ En el futuro____ Nunca____ No estoy segurx____
¿Usted o su pareja utilizan actualmente algún método
anticonceptivo? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿qué método? _____
¿Por cuánto tiempo ha utilizado este método? _____
¿Ha tenido problemas con este método? _____

Marque los métodos anticonceptivos que
haya usado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> El parche |
| <input type="checkbox"/> Anillo vaginal (Nuva Ring) | <input type="checkbox"/> Espermicidas |
| <input type="checkbox"/> Depo (la inyección) | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Norplant | <input type="checkbox"/> Capuchón cervical |
| <input type="checkbox"/> Implanon/Nexplanon | <input type="checkbox"/> Conciencia de la fertilidad |
| <input type="checkbox"/> DIU | <input type="checkbox"/> CycleBeads |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Coito interrumpido |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Vasectomía |

5.) Antecedentes ginecológicos y de mamas/pecho (por favor responda todas las que apliquen a usted)

¿Alguna vez le han realizado una
prueba de Papanicolaou? Sí No
¿Cuándo se realizó su último Papanicolaou? _____
¿Alguna vez ha tenido uno con resultados anormales? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique _____

Ciclo menstrual

¿Cuándo comenzó su último periodo? _____
¿Fue normal? _____
Los periodos se presentan cada _____ días y duran _____ días
Sus periodos por lo regular son:

- ligeros moderados abundantes con cólicos irregulares
Edad a la que comenzó a tener su periodo _____

NOTAS:

Marque cualquiera de las siguientes que presente
actualmente o que haya tenido en el pasado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales/VPH | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) |
| <input type="checkbox"/> Trichomonas | |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor indíquelo: _____ | |

¿Alguna vez ha sido sexualmente activx? Sí No

¿En la actualidad es sexualmente activx? Sí No

¿De qué género(s) son sus parejas sexuales?

¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos
3 meses _____ 12 meses _____?

¿Qué tipos de actividades sexuales practica?

- Vaginal Oral Anal Tacto con manos Juguetes sexuales

¿Qué hace para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Antecedentes de embarazo

¿Está embarazadx actualmente? Sí No No estoy segurx
¿Alguna vez ha estado embarazadx? Sí No
¿Cuántas veces? _____

# de abortos _____	fecha(s) _____
# de abortos espontáneos _____	fecha(s) _____
# de embarazos ectópicos _____	fecha(s) _____

¿Algún problema con el embarazo o parto? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor
explique _____

¿Diabetes en el embarazo? Sí No

Para pacientes de 40 años en adelante

¿Alguna vez le han realizado una mamografía? Sí No
¿Los resultados fueron normales? Sí No

Si la respuesta es no, por favor explique: _____

Indique si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bochornos | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal | <input type="checkbox"/> Cambios repentinos de estado de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Fuga de orina | <input type="checkbox"/> Problemas con la libido |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |