Genesis OB/GYN

Historia Clínica

Nombre:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento_____
Dirección:_____
Número de Teléfono:_____ Teléfono Alternativo #:_____
Información de Farmacia (Nombre/Teléfono/Lugar):_____
Médico Primario:_____

Historia Clínica Pasada

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones (*marque todas las que aplican):*

- ☐ Alcoholismo / Drogadicción
- ☐ Anemia
- ☐ Complicaciones de la Anestesia
- ☐ Trastorno de Ansiedad
- ☐ Artritis
- ☐ Infección de la Vejiga/ Rinoñes
- ☐ Problemas de Sangrado
- ☐ Coágulos de Sangre
- ☐ Problemas del Intestino / Colon
- ☐ Cáncer (Tipo_____)
- ☐ Varicela
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes Endometriosis
- ☐ Epilepsia/Convulsiones
- ☐ Enfermedad de la Vesícula Biliar
- ☐ Senos Fibroquísticos
- ☐ Ataque al Corazón / Enfermedad Cardíaca
- ☐ Acidez Estomacal / Reflujo
- ☐ Dolores de Cabeza / Migrañas
- ☐ Hepatitis / Enfermedad Hepática
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Presión Arterial Alta
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Enfermedad Renal / Cálculos
- ☐ Fibromas Uterinos
- ☐ Enfermedad Renal / Cálculos
- ☐ Enfermedad Pulmonar / Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ☐ Lupus / Trastorno Autoinmune
- ☐ Osteoporosis / Osteopenia
- ☐ Síndrome de Ovarios Poliquísticos
- ☐ Trastorno Psiquiátrico
- ☐ Émbolo Pulmonar
- ☐ Accidente Cerebrovascular
- ☐ Enfermedad de la Tiroides
- ☐ Enfermedad de los Nervios / Músculos
- ☐ Otro:_____
- ☐ Otro:_____
- ☐ Otro:_____
- ☐ Otro:_____

Exámenes Médicos e Historia de Cirugías

Por favor indique la fecha en que se realizó los siguientes exámenes por última vez:

Mamografía (*Fecha/Resultados*):_____ □ Nunca he tenido una Mamografía
Colonoscopia (Fecha/Resultados):_____ □ Nunca he tenido una Colonoscopia
Densidad Ósea(Fecha/Resultados):_____ □ Nunca he tenido un examen Densidad Ósea

Por favor indique las cirugías anteriores, y el año en que fueron realizadas:

_____
_____
_____

Medicamentos

Por favor indique todos los **medicamentos de prescripción**, **medicamentos de venta libre**, y todos los **suplementos** que está tomando. Si conoce las dosis, por favor indíquelas.

_____
_____
_____
_____

Alergias

Por favor indique cualquier **alergia a medicamentos, alimentos, o mediambiente** que haya tenido y describa su reacción.

_____
_____

Historial Medicó Familiar

Marque si algunas de las siguientes condiciones hereditarias existen en si familia. Por favor escribe el membro de familia afectado.

¿Es adoptado(a) o desconoce su historial familiar? Sí □ No□

Sí	No		Miembro de familia
□	□	Alcoholismo /Drogadicción	_____
□	□	Cáncer (tipo)_____	_____
□	□	Fibrosis Quística	_____
□	□	Depresión	_____
□	□	Diabetes	_____
□	□	Enfermedad Cardíaca	_____

Sí	No		Miembro de familia
□	□	Presión Arterial Alta	_____
□	□	Colesterol Alto	_____
□	□	Cáncer de Ovarios	_____
□	□	Émbolo Pulmonar	_____
□	□	Cáncer Uterino / Cervical	_____
□	□	Otro _____	_____

Historia Social

(*marque todas las opciónes que aplican)*

Estado Civil: **Ocupación:**_____

□ Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a) □ Ama de casa □ Estudiante □ Retirado(a) □ Desempleado(a)
□ Viudo(a) □ Pareja del mismo sexo

Raza/ Etnizidad: □ Caucásio(a) □Hispano(a) □Afro-Americano(a) □Nativo-Americano □ Asiático(a)/Isleño(a) del Pacifico
□ Otro:_____

Sí No

□ □ ¿Fuma cigarillos? ¿Cuántos al día?_____ ¿Por cuántos a años?_____

□ □ ¿ Utiliza otros productos de nicotina (cigarillos electrónicos o masca o masca Tabaco)?

□ □ ¿ Bebe alcohol? Si es así, ¿cuántas bebidas alcoholicas toma al día ?_____

□ □ ¿Usa alguna droga para recreación? Si es así, por favor indique cuáles:_____
¿Con qué frecuencia?_____veces al día / semana / mes *(marque con un círculo)*

□ □ ¿Hace ejercicio? ¿Con qué frecuencia? □ Diario □ 3 a 5 veces por semana □ Ejercicio esporádico

□ □ ¿Usa el cinturón de seguridad?

□ □ ¿Tiene alguna objeción en recibir transfusiones de sangre? _____

Por favor marque todas las que le apliquen:

□ Historia de abuso físico □ Dependencia de alcohol o drogas □ Estrés laboral □ Problemas emocionales
□ Historia de abuso sexual □ Problemas familiares / sociales □ Pérdida reciente / luto

Historia Ginecológica

Menstruación:

¿Qué edad tenía cuando comenzó su primer período?_____ ¿Cuánto tiempo le duran los períodos?:_____
¿Cuántos días transcurren entre cada período?_____ ¿Cuántas toallas/tampones utiliza al día?_____
¿ Primer día de su último período menstrual?_____ ¿Sus períodos menstruales son dolorosos**?** Sí □ No □

Control de Natalidad:

¿Cuál es su método actual de control de natalidad? _____
¿Usa condones? Sí □ No □ Algunas veces □

Historia Sexual:

¿Es activo(a) sexualmente? Sí □ No □ ¿Cuántas parejas tiene actualmente? _____
¿Sus parejas sexuales son?: □ Masculino □ Femenino □ Ambas
¿Tiene o ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? Sí □ No □ (Si es así, indique): _____

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV por sus siglas en inglés):

¿Se ha vacunado(a) contra el HPV? Sí □ No □ | *Si responde No, ¿está interesado(a) en recibir la vacuna*? Sí □ No □

Prueba de Papanicolaou:

¿Cuál es la fecha de su último Papanicolaou? _____
¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal? Sí □ No □ (Si es así, indique): _____

Menopausia:

¿Está con menopausia? Sí □ No □ Si es así, ¿a qué edad le empezó la menopausia? _____
¿Si tiene menopausia, ¿presenta algún sangrado? Sí □ No □

Historia de Obstetricia:

Número total de embarazos:_____Nacidos vivos:_____Pérdidas:_____Abortos:_____
Embarazos ectópicos:_____

Si ha estado embarazada antes, por favor complete la información aquí abajo para cada uno de sus embarazos:

Fecha del parto	Semanas	Parto vaginal/Cesárea	Sexo del bebé	Peso del bebé	Hospital	Complicaciones*

*****Complicaciones pueden incluir: Pre-eclampsia, Diabetes, Presión Arterial Alta , Parto Prematuro,etc.*

Firma del Paciente:_____Fecha:_____