

Womankind Historial Médico

Fecha: _____ Nombre de paciente: _____ Edad: _____ Razón de la visita: _____

Marque las que correspondan	Usted	Familia	Notas de la profesional
Derrame cerebral, presión alta			
Enfermedad de corazón o fiebre reumática			
Diabetes			
Cáncer			
Cáncer del seno			
Trastornos de la sangre			
Enfermedades del pulmón, tuberculosis, asma			
Migrañas, ataques convulsivos			
Trastornos mentales o emocionales			
Problemas de los riñones o de la vejiga			
Problemas del hígado o de la vesícula			
Problemas o enfermedades de la piel			
Problemas de estomago o estreñimiento			
Enfermedades de los huesos o músculos			
Trastornos metabólicos o de las tiroides			
Coágulos de sangre, venas varicosas (varices)			
Enfermedades de la inflamacion del pelvis			
Enfermedades de transmisión sexual			
SIDA o virus del SIDA			
Hijas de DES			
Problemas de fertilidad			
Papanicolaou anormales		NA	
Cirugías o hospitalizaciones		NA	
Transfusión de sangre		NA	
Otra			

PARA MUJERES SOLAMENTE:

Tengo mi periodo cada: _____ Mi periodo me dura por: _____ Ya no tengo periodos _____
 Total de embarazos: _____ Total perdidas o abortos: _____ Total hijos vivos: _____
 Que usa para anticonceptivo? _____ Desea quedar embarazada? _____

PARA MUJERES Y HOMBRES:

TIENE USTED ALERGIAS?:

Medicamentos: _____ Alimentos: _____ Otras: _____

Medicamentos diarios, vitaminas, suplementos herbales que Usted toma: _____

Sus vacunas están al día? _____ Estado de la rubeola: _____

Cuando tengo relaciones sexuales es con: HOMBRES – MUJERES – AMBOS • Yo uso condones: SIEMPRE – A VECES – NUNCA

Mi pareja anterior/actual ha sido o ha tenido (Circule la respuesta abajo):

Usuario de drogas por inyección – bisexual – positivo de sida – más de 5 diferentes parejas sexuales

CIRCULE SI O NO:

Alguna vez has tenido sexo para obtener drogas, dinero o vivienda? Si No • Has usado drogas por inyección? Si No •

Alguna vez has sido forzada a tener sexo cuando usted no quería? Si No • Has sido víctima de asalto sexual? Si No •

Alguna pareja le ha lastimado, pateado, arrunado, mordido, o empujado? Si No • Usted tiene periodos irregulares? Si No •

Usted tiene dolor o sangrado durante sexo? Si No • Su vida sexual es satisfactoria? Si No – Tiempo con actual pareja: _____

Usted Fuma? Si No – Cuantos al día? _____ • Toma licor? Si No • Usa Drogas? Si No •

Un cambio de peso reciente? Si No – Tipo y frecuencia de ejercicio: _____

EL DIA DE SU ULTIMO(A):

Papanicolaou: _____ Nombre del Lugar donde se lo hizo: _____

Periodo: _____ Mamografía: _____ Cultivo de las heces: _____ Colonoscopia: _____ Prueba del colesterol: _____

Practitioner's Signature: _____