



**HISTORIA CLÍNICA DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA DE
NUEVA PACIENTE**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento

Fecha: _____

Edad

**ESTA INFORMACIÓN ES PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO Y SE MANTIENE
EN ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD**

Marque cada pregunta que resulte pertinente a su caso. Coloque (?) si no está segura.

¿Qué la impulsó a la consulta con el doctor? (inicio de síntomas, problemas actuales, tratamiento previo, tratamiento actual)

Sí No

¿En la actualidad tiene problemas de salud o sufre de alguna condición crónica física o mental?

Sí No

¿Le han hecho alguna radiografía en los últimos 5 años?

Enumere los tipos: _____

Sí No

¿Le han hecho algún análisis de laboratorio en los últimos 2 años?

Enumere los tipos y sus resultados: _____

Sí No

¿Alguna vez le hicieron una transfusión de sangre?

Sí No

¿Tiene alguna convicción religiosa que pudiera afectar su tratamiento? Si la respuesta es "sí", explique:

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

ANTECEDENTES DE MENSTRUACIÓN:

Fecha del último período menstrual: _____ Fecha del período anterior al último: _____

Edad de primera menstruación: _____ El flujo menstrual suele durar un total de _____ días.

¿Ha tenido ausencia de períodos sin estar embarazada? Sí No

Cuando NO toma píldoras anticonceptivas, sus períodos son: Regulares Más o menos regulares Completamente irregulares

El intervalo entre el primer día de un período hasta el primer día del siguiente período oscila entre _____ y _____ días.

A menudo el flujo menstrual es: Escaso Moderado Abundante Excesivo, con coágulos

¿Suele experimentar dolor durante sus períodos? Sí No

Si siente dolor, este es: Leve Moderado Severo Invalidante

¿Alguna vez experimenta algún dolor durante las relaciones sexuales? Sí No

¿Tiene en la actualidad o ha tenido alguna vez problemas de fertilidad? Sí No

Si ya no menstrúa, dejó de menstruar a la edad de _____ ¿Ha tenido sangrados o manchados desde entonces? Sí No

¿Padece algún dolor abdominal o pélvico que no guarde relación con la menstruación? Sí No

¿Tiene alguna otra dolencia, inquietud o pregunta vinculada con el sexo? Sí No

¿Padece de alguna irritación en la vagina o en la vulva, secreción intensa o sequedad? Sí No

¿Tiene incontinencia frecuente de orina al estornudar o toser? Sí No

¿Por las noches orina con frecuencia, o experimenta goteo urinario o moja la cama? Sí No

¿Siente como si tuviera un bulto o protuberancia en la vagina? Sí No

Tipo de anticonceptivo: _____

¿Alguna vez ha tenido un resultado ANÓMALO en un examen de Papanicolaou? Sí No Fecha: _____

Fecha de último Papanicolaou: _____

ANTECEDENTES DE OBSTETRICIA:

¿Cuántos embarazos? _____

¿Cuántos partos con recién nacido vivo? _____

¿Cuántos partos con feto muerto? _____

¿Cuántos prematuros (menos de 5,5 libras) nacidos vivos? _____

¿Cuál fue el peso de su bebé más grande? _____

¿Alguna complicación seria en algún embarazo?

Explique: _____

¿Cuántos abortos espontáneos? _____

¿Cuántos abortos electivos? _____

¿Todos sus niños nacieron sin anomalías? Sí No

Mi tipo de sangre es:

Rh Positivo Negativo No estoy segura

¿Cuántos hijos tiene? _____

Año en que nació el mayor: _____

Fecha del último parto: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Marque si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Infección renal o en la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Sarampión alemán (Rubéola) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infección en las Trompas | <input type="checkbox"/> Herpes |
- Otras: _____

CIRUGÍAS:

- | | Año | | Año | | Año |
|---|-------|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Apéndice | _____ | <input type="checkbox"/> Tumor de cualquier tipo | _____ | <input type="checkbox"/> Ovarios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | _____ | <input type="checkbox"/> Várices | _____ | <input type="checkbox"/> Trompas de Falopio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | _____ | <input type="checkbox"/> Hernia | _____ | <input type="checkbox"/> Útero (matriz) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amígdalas | _____ | <input type="checkbox"/> Hemorroides | _____ | <input type="checkbox"/> Vagina o vejiga | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | _____ | <input type="checkbox"/> Pecho | _____ | <input type="checkbox"/> Cesárea | _____ |
| <input type="checkbox"/> Senos | _____ | <input type="checkbox"/> Columna | _____ | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado | _____ |
- Otras: _____

¿Alguna vez se le aconsejó que se sometiera a una procedimiento quirúrgico que no hubiera sido realizado antes? Sí No

ENFERMEDADES: Marque si ha tenido alguna enfermedad de las siguientes.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Coágulos o flebitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea | <input type="checkbox"/> Crisis nerviosa |
| <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Várices |

Otras: _____

¿Alguna vez la han internado por alguna enfermedad? Sí No

Diagnóstico y año: _____

MEDICAMENTOS:

	Nunca	No el año pasado	Ocasionalmente	Con frecuencia	Todos los días	Nombre del medicamento
Cortisona o esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras para presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medicamento cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras diuréticas (agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tranquilizantes o píldoras para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras supresores del apetito o estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras o inyecciones de hormonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Píldoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Otras: _____

¿Es alérgica o ha tenido alguna reacción o efecto secundario a medicamentos, vacunas u otros agentes? Sí No

- Aspirina Analgésicos Penicilina Sulfonamida Novocaína Píldoras anticonceptivas

Otro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

	GÉNERO	EDAD (Si vive)	SALUD	SI FALLECIÓ		¿Algún pariente consanguíneo alguna vez ha tenido (por favor, marque)?: ¿Quién?		
				EDAD A SU FALLECIMIENTO	CAUSA			
Padre						Diabetes		
Madre						Tuberculosis		
Hermanos		1.				Hipertensión arterial		
		2.				Epilepsia		
		3.				Cardiopatía		
		4.				Derrame		
		5.				Glaucoma		
Hijos		1.						
		2.						
		3.				Cáncer	Tipo	¿Quién?
		4.						
		5.						

ANTECEDENTES SOCIALES

Casada Soltera Viuda Divorciada Separada

Cantidad de matrimonios: _____

Ocupación: _____

Nivel más alto de educación: _____ Títulos: _____

Ocupación del cónyuge: _____

Hábitos: Tabaco: Sí No

Cantidad de paquetes al día: __

Cantidad de años: _____

Alcohol: Nunca

Escaso

3 – 5 bebidas a la semana

6 – 10 bebidas a la semana

Más de 10 bebidas a la semana

Drogas: Actualidad:

Nombres y cantidad: _____

Pasado:

Nombres y cantidad: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

ATENCIÓN MÉDICA

¿En la actualidad está bajo la atención de otro médico? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿de quién? _____

¿Qué tipo de tratamiento? _____

¿La derivaron a este consultorio? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿quién la derivó? _____

NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Dolencia principal que refiere

Hist. del Dr.

Edad Emb Parto AbEsp AbTer Ectópico L.C. Ultimo período ____/____/____

Pres.Art Alt Peso Orina P ____ G ____ Ni ____ BI ____ Otro ____ Período Previo / /

Examen físico General: Normal Obesa Delgada Otro Raza: W B O I H / M S W D SEP

Cuello Normal Anómalo Tiroides Normal Anómalo

Ganglio Ninguno Otro

Pulmones Esfuerzo respiratorio Normal Anómalo

Auscultación Normal Anómala

Senos Normal Anómalo

Axilas Ganglio Ninguno Otro

Corazón Ritmo Normal Anómalo Soplo Ninguno Otro

Galope Ninguno Otro Peri. Vascular Normal Anómalo

Gastrointestinal Cicatrices Ninguna Hernia Ninguna

Hígado Normal Anómalo Bazo Normal Anómalo

Abdomen Normal Anómalo

Región pélvica Ext. Genitales Normal Anómalo Útero A P M Normal Anómalo

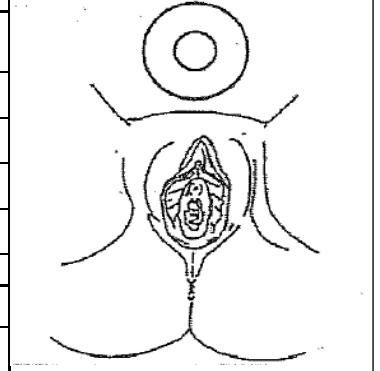
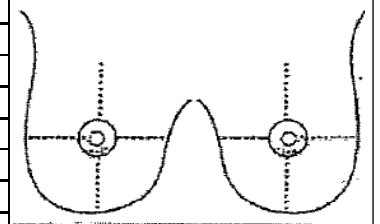
Uretra (meato) Normal Anómala Anejos Normal Anómalo

Vagina Normal Anómala Recto-Vagina Normal Anómalo

Cuello uterino Normal Anómalo Sangre oculta en heces, si se indica

Neg Pos

Impresión



SBE mensual PAP hecho Mamogramas anuales Sangre oculta en heces x 3

CA# 1000 mg/día Ejercicio indicado Dieta indicada

Firma: _____ Copia para: _____

Notas de seguimiento: