

Centro del Cáncer de la Mujer

MEDICO DE REFERENCIA: _____ **Nombre:** _____
DIRECCION: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____
TELEFONO#: _____ **FECHA DE HOY:** _____
FAX#: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Las Alergias de medicamentos: _____

Historia Ginecológica:

¿Cuándo fue su última menstruación? _____ ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____
 ¿Última mamografía? _____ ¿A qué edad tuvo su primer período? _____
 ¿Usted tiene un período de cada mes? _____ ¿Cuántos días? _____ Son sus períodos dolorosos? _____
 ¿Tiene sangrado entre períodos? _____ ¿Usted tiene un historial de pruebas de Papanicolaou anormales? _____
 ¿Es usted sexualmente activa? _____ ¿Desea usted más hijos? _____
 ¿Utiliza el control de la natalidad? () Sí () No ¿En caso afirmativo, ¿qué forma? _____
 ¿Ha pasado por la menopausia () Sí () No ¿Qué edad tenía? _____
 ¿Toma hormonas? () Sí () No

Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente (incluya vitaminas a base de hierbas)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

** Por favor, continúe la lista de medicamentos en el reverso de la hoja si es necesario.

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

¿Toma aspirina y / o medicamentos-como Advil? _____

¿Tiene usted:	SI	NO
Infecciones vaginales frecuentes?		
Infecciones frecuentes de la vejiga?		
Enfermedad transmitida sexualmente?		
VIH		
La enfermedad pélvica inflamatoria o infección de trompas?		
La pérdida de orina al toser?		
Sangre en la orina?		
Dolor al orinar?		
Necesidad frecuente de orinar?		
Dolor durante las relaciones sexuales?		
Manchado o sangrado vaginal?		
La resequedad vaginal o comezón?		

Nombre: _____

Antecedentes Obstétricos

Número de embarazos: _____ (Por favor enumere todos los embarazos, incluyendo los que terminó en aborto involuntario o el aborto)

Número de niños que viven: _____ Número de partos vaginales: _____

MÉDICO / HISTORIA QUIRÚRGICO	SI	NO
¿Ha tenido usted:		
Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones		
Cáncer		
Utero		
Colon		
Ovarios		
Cuello del útero		
Seno		
Diabetes		
Presión arterial elevada		
Enfermedad del corazón		
Migrañas		
Osteoporosis		
Embolia Cerebral		
Tiroides		
Enfermedad renal		
Otro		

Un familiar cercano ha tenido alguno de los anteriores? () Sí () No

En caso afirmativo, ¿qué? _____

Función intestinal: Estreñimiento () Sí () No; Diarrea: () Sí () No

Pérdida de gas / heces, # de movimientos intestinales por semana? _____

Incluya cualquier cirugía que haya tenido previamente

CIRUGÍAS	FECHA

HISTORIA SOCIAL

¿Usted Fuma? () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ Toma alcohol? () Sí () No

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Drogas de uso recreativo? () Sí () No En caso afirmativo, indique _____

