

NAME: _____ **AGE:** _____ **DATE:** _____

In order to give you the best medical care, it is necessary to be thorough and complete. Your entire medical history and present complaint will be reviewed with you. You will also have a complete physical examination and whatever tests and x-rays may be indicated. We would like for you to fill out the following questionnaire completely and accurately. You will have an opportunity to discuss in detail any part of this history and any medical problems that you may have. You will also be able to ask any questions that may be troubling you.

THIS IS PART OF YOUR MEDICAL RECORD AND IS KEPT ABSOLUTELY CONFIDENTIAL.

Please check each question that applies to you. Put (?) if uncertain.

MAIN REASON FOR VISIT: _____

Height: _____ Weight: _____ Avg. Weight: _____

OBSTETRICAL HISTORY:

How many pregnancies have you had? _____ Number of live births by vagina? _____ by C-section? _____
Number of tubal pregnancies: _____ Miscarriages? _____ Abortions? _____

GYNECOLOGICAL HISTORY:

Menstrual History:

Age of first period: _____ Date of last menstrual period: _____

If not menstruating, stopped at age: _____

Due to menopause? Yes No

Due to hysterectomy? Yes No Reason for hysterectomy: _____

Have you had any bleeding or spotting? Yes No

Have you missed any periods without being pregnant? Yes No

Are your periods: Regular Somewhat irregular Very irregular

The interval between first day of one period to first day of next period ranges from _____ to _____ days.

Menstrual flow usually lasts for a total of _____ days.

Menstrual flow usually is: Scant Moderate Heavy Excessive with clots

Date of last pap smear: _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **FECHA:** _____

Para darle la mejor atención médica, es necesario que sea exhaustiva y completa. Revisaremos con usted su historia médica completa y su reclamo actual. También se le realizará una evaluación física completa y cualquier prueba o radiografías que se indiquen. Nos gustaría que responda el siguiente cuestionario de forma completa y precisa. Tendrá oportunidad de hablar en detalle sobre cualquier parte de esta historia y los problemas médicos que pueda tener. También podrá hacer todas las preguntas que le preocupen.

ESTO ES PARTE DE SU EXPEDIENTE MÉDICO Y SE MANTIENE EN ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD.

Marque cada pregunta que aplique en su caso. Coloque un (?) si no está seguro.

RAZÓN PRINCIPAL DE LA VISITA: _____

Altura: _____ Peso: _____ Peso promedio: _____

HISTORIA OBSTÉTRICA:

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cantidad de nacimientos vaginales? _____ ¿Por cesárea? _____
Número total de embarazos ectópicos: _____ ¿Abortos espontáneos? _____ ¿Abortos? _____

HISTORIA GINECOLÓGICA:

Historia menstrual:

Edad del primer período: _____ Fecha del último período menstrual: _____

Si ya no menstrúa, a qué edad se detuvo la menstruación: _____

¿Debido a la menopausia? Sí No

¿Debido a una histerectomía? Sí No Razón para la histerectomía: _____

¿Ha tenido sangrado o manchas? Sí No

¿Ha dejado de tener algún período sin estar embarazada? Sí No

Sus períodos son: Regulares Un poco irregulares Muy irregulares

El intervalo entre el primer día de un período al primer día del siguiente período va de _____ a _____ días.

El flujo menstrual usualmente dura un total de _____ días.

El flujo menstrual usualmente es: Escaso Moderado Intenso Excesivo con coágulos

Fecha del último Papanicolaou: _____

NAME: _____

OBSTETRICAL HISTORY (continued):

- Are your periods usually painful? Yes No
- Do you have bleeding or spotting between periods or following intercourse? Yes No
- Do you have any abdominal/pelvic pain unrelated to menstruation? Yes No
- Do you ever have any pain with sexual intercourse? Yes No
- Do you have any vaginal irritation, discharge, or dryness? Yes No
- Do you have any itching, irritation, sores or lumps around your vulva or vagina? Yes No
- Do you have any loss of urine with sneezing/coughing? Yes No
- Do you frequently have a sudden urgent need to urinate? Yes No
- Do you have night urination, dribbling of urine or bed wetting? Yes No
- Do you ever have a protrusion or bulging sensation from your vagina? Yes No
- Have you had a pap smear done in the past 2 years? Yes No
- Have you ever had an abnormal pap smear? Yes No

CURRENT CONTRACEPTION:

- Birth Control Pills Diaphragm IUD Condom Tubal None

Other: _____

Are you still currently sexually active? Yes No

SURGERY: Have you ever had an operation on any of the following?

	YEAR		YEAR		YEAR
Gallbladder	_____	Heart	_____	Cervix	_____
Appendix	_____	Tumor	_____	Ovary	_____
Kidney	_____	Hernia	_____	Uterus	_____
Tonsils	_____	Hemorrhoids	_____	Vagina	_____
Thyroid	_____	Chest/Lung	_____	C-section	_____
Breast	_____	Spine	_____	D&C	_____
Bowel	_____	Vulva	_____	Tubal Ligation	_____

1. Others: (example – eyes, head, extremities) _____

2. Please explain the operation if necessary: _____

3. Have you ever been advised to have any surgical procedure which has not been done? _____
If yes, please explain: _____

INFECTIOUS DISEASE: Check any of the following that you have had:

- Abscess: describe – _____
- Rheumatic Fever
- Tuberculosis
- Herpes: last outbreak – _____
- Hepatitis
- Pneumonia
- Bladder / Kidney infection
- Venereal disease
- Tubal infection

NOMBRE: _____

HISTORIA OBSTÉTRICA (continuación):

- ¿Sus períodos usualmente son dolorosos? Sí No
- ¿Tiene sangrado o manchas entre períodos o después de tener relaciones sexuales? Sí No
- ¿Tiene algún dolor abdominal/pélvico no relacionado con la menstruación? Sí No
- ¿Alguna vez tiene dolor durante las relaciones sexuales? Sí No
- ¿Tiene algún tipo de irritación, secreción o sequedad vaginal? Sí No
- ¿Tiene picazón, irritación, ampollas o bultos alrededor de su vulva o vagina? Sí No
- ¿Tiene alguna pérdida de orina al estornudar/toser? Sí No
- ¿Con frecuencia tiene necesidad urgente y repentina de orinar? Sí No
- ¿Tiene que levantarse durante la noche para orinar, goteos de orina o moja la cama durante la noche? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido una sensación de una protuberancia o abultamiento en su vagina? Sí No
- ¿Se ha realizado un Papanicolaou en los últimos 2 años? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal de Papanicolaou? Sí No

ANTICONCEPTIVOS ACTUALES:

- Píldoras anticonceptivas Diafragma DIU (dispositivo intrauterino) Condón Tubárico Ninguno

Otro: _____

¿Usted está activo(a) sexualmente aun? Sí No

CIRUGÍA: ¿Alguna vez ha tenido una operación de algo de lo siguiente?

	AÑO		AÑO		AÑO
Vesícula biliar	_____	Corazón	_____	Cérvix	_____
Apéndice	_____	Tumor	_____	Ovarios	_____
Riñones	_____	Hernia	_____	Útero	_____
Amígdalas	_____	Hemorroides	_____	Vagina	_____
Tiroides	_____	Pecho/pulmón	_____	Cesárea	_____
Seno	_____	Columna vertebral	_____	D y C (dilatación y curetaje)	_____
Intestinos	_____	Vulva	_____	Ligación de trompas	_____

1. Otros: (ejemplo – ojos, cabeza, extremidades) _____

2. Explique la operación si es necesario: _____

3. ¿Alguna vez se le ha aconsejado que se realice algún procedimiento quirúrgico que no se ha realizado? _____
Si respondió sí, explique: _____

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Marque cualquiera de los siguientes que ha tenido:

- Absceso: describa – _____
- Fiebre reumática
- Tuberculosis
- Herpes: último brote – _____
- Hepatitis
- Neumonía
- Infección renal/vejiga
- Enfermedad venérea
- Infección tubárica

NAME: _____

MEDICAL PROBLEMS: (please circle)

- | | | |
|-----------------|----------------------|------------------|
| Anemia | Heart attack | Chronic diarrhea |
| Convulsions | CHF/Angina | Hemorrhoids |
| Jaundice | Heart murmur | Colitis |
| Diabetes | High blood pressure | Irritable bowel |
| Stomach ulcer | Psychiatric disorder | Arthritis |
| Previous cancer | Bone disease | Migraines |
| Phlebitis | Back trouble | How often? _____ |
| Gallbladder | Hernia | Skin disease |
| Varicose veins | Bleeding problems | Name: _____ |
| Emphysema | Asthma/Hay fever | Kidney stone |
| Thyroid | Bronchitis | Glaucoma |

Other: _____

Date of last mammogram: _____ Date of last colonoscopy: _____

Doctors who treat you for the above illnesses (cardiologist, lung doctor, etc.)

	#1	#2	#3
Specialty:	_____	_____	_____
Name:	_____	_____	_____
Phone:	_____	_____	_____

Have you been hospitalized for any illnesses? Yes No

Diagnosis and year: _____

1. List all allergies to drugs: _____

2. Have you ever had a blood transfusion? Yes No

3. X-rays in the past year: _____

MEDICATIONS: (please list)

Name of Medication	Dose of Medication	How Often?

NOMBRE: _____

PROBLEMAS MÉDICOS: (encierre en un círculo)

- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| Anemia | Ataque cardíaco | Diarrea crónica |
| Convulsiones | CHF/Angina | Hemorroides |
| Ictericia | Soplo cardíaco | Colitis |
| Diabetes | Presión arterial alta | Colon irritable |
| Úlcera estomacal | Trastorno psiquiátrico | Artritis |
| Cáncer anterior | Enfermedad de los huesos | Migrañas |
| Flebitis | Problemas de espalda | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| Vesícula biliar | Hernia | Enfermedad de la piel |
| Venas varicosas | Problemas de hemorragia | Nombre: _____ |
| Enfisema | Asma/Fiebre del heno | Cálculos renales |
| Tiroides | Bronquitis | Glaucoma |

Otro: _____

Fecha de la última mamografía: _____ Fecha de la última colonoscopia: _____

Los médicos que le tratan por las enfermedades anteriores (cardiólogo, neumólogo, etc.)

	#1	#2	#3
Especialidad:	_____	_____	_____
Nombre:	_____	_____	_____
Teléfono:	_____	_____	_____

¿Ha estado hospitalizado por cualquier enfermedad? Sí No

Diagnóstico y año: _____

1. Enumere todas las alergias a los medicamentos: _____

2. ¿Alguna vez ha recibido una transfusión sanguínea? Sí No

3. Radiografías durante el último año: _____

MEDICAMENTOS: (enumere)

<i>Nombre del medicamento</i>	<i>Dosis del medicamento</i>	<i>¿Con cuánta frecuencia?</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



NAME: _____

FAMILY HISTORY: Please list any type of **CANCER** among the following: **Alive (A)** or **Deceased (D)**

Father: _____

Mother: _____

Brother: _____

Sister: _____

Son: _____

Daughter: _____

Husband: _____

Other (aunts, uncles, cousins, grandparents): _____

Any relatives with any of the following diseases? If so, who? Diabetes _____ Tuberculosis _____

Stroke _____ High Blood Pressure _____ Heart Attack _____

SOCIAL HISTORY:

Do you smoke? Yes No Packs per day: _____ Number of years: _____

When did you quit? _____ Any other form of tobacco? _____

Do you use alcohol? Yes No Amount per week: _____ Type: _____

Have you ever used drugs? Yes No Past: _____ Present: _____

What type? _____

Education: High school College Graduate school

Occupation: _____

SYSTEM REVIEW: (Circle any of the following symptoms that you have now or have had in the past six months and describe if needed)

Any eye disease/injury

Any ear disease/injury

Chronic or frequent cough

Bloody sputum

Chest pains

Loss of consciousness/seizures

Shortness of breath

Excessive nervousness

Rapid or irregular heartbeat

Swelling of hands feet, ankles

Recent weight loss/gain

How much? _____

Nausea or vomiting

Difficulty swallowing

Tremor/numbness hands/feet

Diarrhea

Excessive tiredness/weaknesses

Breast discharge, change in size

Skin sores, rash or itching

Lumps in breast or groin

Back pain

Joint pain/stiffness

Leg cramps or limp

Severe headaches

Nightmares or insomnia

Fainting

Excessive worry/tension

Depression

Serious marriage problems

Unusual hair growth/loss

Hot flashes

Abnormal thirst

Heartburn or indigestion

Salt cravings

Constipation

Blood or mucous in stool

Black or tarry stool

Abdominal cramps or pains

Do you wear: glasses contacts

dentures hearing aid



NOMBRE: _____

HISTORIA FAMILIAR: Enumere cualquier tipo de **CÁNCER** entre los siguientes: **Vivo (A)** o **Fallecido (D)**

Padre: _____

Madre: _____

Hermano: _____

Hermana: _____

Hijo: _____

Hija: _____

Cónyuge: _____

Otro (tías, tíos, primos, abuelos): _____

¿Algún pariente que tenga alguna de las enfermedades siguientes? Si es así, ¿quién? Diabetes _____

Tuberculosis _____ Apoplejía _____ Presión arterial alta _____ Ataque cardíaco _____

HISTORIA SOCIAL:

¿Fuma? Sí No Paquetes por día: _____ Número de años: _____

¿Cuándo dejó de fumar? _____ ¿Cualquier otra forma de tabaco? _____

¿Consume alcohol? Sí No Cantidad por semana: _____ Tipo: _____

¿Alguna vez ha usado drogas? Sí No Pasado: _____ Presente: _____

¿Qué tipo? _____

Educación: Secundaria Escuela técnica Universidad

Ocupación: _____

REVISIÓN DEL SISTEMA: (Encierre en un círculo cualquiera de los síntomas siguientes que tiene ahora o ha tenido durante los últimos seis meses y descríbalos si es necesario)

Una enfermedad/lesión de los ojos

Una enfermedad/lesión de los oídos

Tos crónica o frecuente

Esputo sanguinolento

Dolor de pecho

Pérdida del conocimiento/ataques

Dificultad para respirar

Nerviosismo excesivo

Ritmo cardíaco rápido o irregular

Sudoración de las manos, pies, tobillos

Pérdida/aumento de peso reciente

¿Cuánto? _____

Náuseas o vómitos

Dificultad para tragar

Temblores/adormecimiento de las manos/pies

Diarrea

Cansancio/debilidad excesivos

Supuración del seno, cambio en el tamaño

Ampollas en la piel, salpullido o picazón

Abultamientos en el seno o la ingle

Dolor de espalda

Dolor/rigidez de las articulaciones

Calambres en las piernas o cojera

Dolores de cabeza intensos

Pesadillas o insomnio

Desmayos

Preocupación/tensión excesiva

Depresión

Problemas graves en el matrimonio

Crecimiento/pérdida inusual del cabello

Olas de calor

Sed anormal

Acidez o indigestión

Deseos de comida salada

Constipación

Sangre o mucosidad en las heces

Heces negras o alquitranadas

Cólicos o dolores abdominales

Usa: anteojos lentes de contacto

prótesis dentales audífonos