

## CARE FOR WOMEN INFORMACION DE LA HISTORIA MEDICA

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Algun cambio de peso reciente? \_\_\_\_\_  
 Ultimo Periodo Menstrual: \_\_\_\_\_ Ultimo Papanicolaou: \_\_\_\_\_  
 Usted ha sido tratada por un medico en los ultimos dos años? \_\_\_\_\_ Cual y Cuando? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medico: \_\_\_\_\_  
 alguna vez ha tenido una enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Cual y Cuando? \_\_\_\_\_  
 alguna vez ha tenido una mamografia? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_  
 alguna vez ha tenido cirugias o anestesia general (puesta a dormir)? \_\_\_\_\_  
 Cuando y para que? \_\_\_\_\_  
 Ha tomado medicamentos durante el año anterior? \_\_\_\_\_ Nombre y dosis: \_\_\_\_\_  
 Esta tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_ Marca y dosis? \_\_\_\_\_  
 Es alergica a algun medicamento? \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 Ha sido expuesta a la penicilina? \_\_\_\_\_ Tiene un "Testamento en Vida"? \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

Frente a la condicion indicada a continuacion, escriba: "0" para no historia. Escriba "M" por mama. Escriba "P" por Papa.  
 Alta presion sanguinea: \_\_\_\_\_ Mellizos: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Enfermedad cardiaca: \_\_\_\_\_  
 Cancer de: Seno \_\_\_\_\_ Ovarios \_\_\_\_\_ Colon \_\_\_\_\_

### HISTORIA OBSTETRICA

Embarazos totales \_\_\_\_\_ De periodo completo \_\_\_\_\_ Prematuros \_\_\_\_\_ Mellizos \_\_\_\_\_  
 Operaciones Cesarea \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Embarazos Interrumpidos \_\_\_\_\_

Año de Nacimiento	Lugar del Parto	Sexo	Nombre	Peso	Tipo de Parto

Total de Hijos vivos hoy? \_\_\_\_\_ Vacunas de la paciente en los ultimos 10 años \_\_\_\_\_

### TIENE AHORA OR HA TENIDO ALGUNA VEZ?

Alergia a anestésicos locales ..... Si ..... No Alta Presion Sanguinea ..... Si ..... No Anemia ..... Si ..... No Ataque Cardiaco ..... Si ..... No Cancer ..... Si ..... No Cirugia Cosmetologica ..... Si ..... No Derrame Cerebral ..... Si ..... No Diabetes ..... Si ..... No Dolores de Pecho ..... Si ..... No Enfermedad Cardiaca ..... Si ..... No Enfermedad o Cirugia de Senos ..... Si ..... No Enfermedad Pulmonar ..... Si ..... No Enfermedad Renal ..... Si ..... No Enfermedades del Hígado ..... Si ..... No Enfermedades de Transmision Sexual ..... Si ..... No	Epilepsia ..... Si ..... No Fiebre Reumatica ..... Si ..... No Fuma o Usa Tabaco ..... Si ..... No Hepatitis ..... Si ..... No Historia de Transfusiones de Sangre ..... Si ..... No Implantes Ortopedicos ..... Si ..... No Incontinencia o Goteo Urinario ..... Si ..... No Polio ..... Si ..... No Problemas/Reemplazos de Valvulas del Corazon ..... Si ..... No Sopro Cardiaco ..... Si ..... No Tendencia al sangrado ..... Si ..... No Ulceras ..... Si ..... No Uso de Drogas Ilegales ..... Si ..... No Uso Excesivo de Alcohol ..... Si ..... No
---	--

Por que esta viendo hoy al medico? \_\_\_\_\_

Certifico que la informacion anterior es exacta al maximo de mi conocimiento y aqui autorizo a que cualquier informacion medica sea revelada a Care for Women

Firma de la Paciente (Padre/Madre o Tutor si la Paciente es Menor de Edad)