

NUEVO HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Por favor, sea lo más completo posible con sus respuestas. Si no se siente cómodo al responder cualquier pregunta, déjelas en blanco y hable con su proveedor o enfermera sobre ellas en persona. ¡Esperamos cuidar de usted!

Nombre: _____

Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Motivo de su consulta: _____ **Primer día de la última regla (LMP):** _____

Tiene Directiva Avanzada? Sí No Si es que sí: DPA Testamento Vital POLST
 Apoderado para la Atención Médica Orden de no Recusitar (DNR)

En el pasado, ha presentado síntomas preocupantes como: (marque las casillas que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Urgencia | <input type="checkbox"/> Fugas de orina |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Frecuencia | <input type="checkbox"/> Descarga vaginal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre al orinar | <input type="checkbox"/> Pecho de seno |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Punción vaginal / vulvar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en pecho | <input type="checkbox"/> Diarrea / Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Descarga del pezón |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Sangre en excremento | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel or lunares preocupantes |

ALERGIAS a alimentos/medicamentos y reacción?

Alergia	Reacción

MEDICAMENTOS

Farmacia preferida: _____

Por favor, anote cualquier medicamento o suplemento (no necesita anotar si trae los ponios)

Medicamento/suplemento	Dosis	Última ves que lo tomo

ZMC025 ZMC025

Patient Label

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones? (marque las casillas que correspondan)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Agruras/úlceras | <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ |

¿Algún otro problema médico?

ANTECEDENTES CIRUGÍAS Por favor, enumere todas las cirugías que ha tenido y las **fechas** (si es que puede):

CIRUGÍA	FECHA(S)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pariente	Problemas de salud	Edad cuando falleció	Causa
Madre			
Padre			
Hermana(s)			
Hermano(s)			
Hija(s)			
Hijo(s)			

Tiene **otros parientes carnal** (tías, tíos, abuelos, etc.) que han tenido:

Diabetes _____
Enfermedad del corazón _____
Muerte repentina _____
Retraco mental _____
Problemas emocionales o psiquiátricos _____

Cáncer
Ovárico _____
De mama _____
De colon _____
Uterino _____
Otro cáncer _____

HISTORIA DE SALUD DE LA MUJER

Menopausia (responda las siguientes preguntas)

¿A qué edad terminaron sus períodos? _____

¿Histerectomía? No Sí En caso afirmativo, ¿le extirparon los ovarios? No Sí Cervix eliminado? No Sí

¿Alguna hemorragia vaginal en el último año? No Sí ¿Síntomas de la menopausia? _____

¿Alguna terapia de reemplazo hormonal? No Sí En caso afirmativo, ¿de qué tipo y por cuánto tiempo? _____

Pre / Perimenopausal (responda las siguientes preguntas)

¿Cuánto dura tu período? _____ ¿Cuántos días entre períodos? _____ Flujo: Pesado Moderado Luz

Cambios recientes o problemas con los períodos: _____

¿Quieres quedarte embarazada el próximo año? No Sí

Método actual de control de la natalidad (incluida la vasectomía y la trompa): _____

¿Estás contento con este método? Sí No Describa los problemas _____

Método (s) anticonceptivo (s) del pasado: _____ ¿Problemas? _____

Historia sexual No soy sexualmente activa

Sexualmente activo con: Hombres Mujeres Ambos

¿Actualmente es sexualmente activo (en el último mes)? No Sí ¿Dolor durante el coito? No Sí

¿Número de socios en el último año? _____ Preocupaciones: _____

¿Historial de infección de transmisión sexual (ITS) o infección ginecológica? (clamidia, gonorrea, herpes, etc.) No Sí

Si es así, qué: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

¿Historia de pruebas de Papanicolaou anormales? No Sí ¿Resultado? _____

¿Tratamiento para citologías anormales? No Sí Si es así, ¿qué? (LEEP, cryo, etc.) _____

Antecedentes Obstétricos Nunca he estado embarazada

¿Has tenido problemas para quedar embarazada? No Sí

Por favor, anote las fechas aproximadas debajo:

Abortos espontáneos _____ D&C done? No Sí Abortos inducidos _____ Ectópicos _____

	Fecha de nacimiento	Peso del Bebe	Sexo	Semanas	Parto (vaginal, con vacío, fórceps, cesárea)	Complicaciones (presión arterial alta, diabetes, preeclampsia, etc.)
1						
2						
3						
4						
5						

ANTECEDENTES SOCIALES Y HÁBITOS

Uso de sustancias

¿Fuma actualmente? Nunca Sí Dejó, Año: _____ Sin humo Pasivo (humo de segunda mano)

Si es que sí, ¿paquete(s) de día? _____ ¿Años que fumó? _____

¿Consume alcohol? No Sí Si es que sí, cuantos tragos/copas a la semana _____

¿Ahora o alguna vez ha usado alguna droga? No Sí Si es que sí, frecuencia _____

¿Qué tipo? (*marijuana, methamphetamine, heroine, etc.*) _____ Fecha que la(s) dejó: _____

Dieta & Ejercicio

¿Toma refresco? No Sí, cantidad al día: _____

¿Porciones de frutas y verduras por día? _____

¿Que tan seguido come comida de la calle? _____

¿Hace ejercicio? Nunca Ocasional 2-3x/semana 3-4x/semana cada día

¿Tipo? _____

Empleo/Educación

Ocupación: _____ ¿Horas de semana? _____

Educación: (*marque el nivel más alto que terminó*)

Primaria/Secundaria Preparatoria/GED Instituto Técnico Universidad Estudios de Postgrado

Vida familiar y seguridad

Nombre y ocupación de su pareja: _____

¿Quién vive in su hogar? _____

PREGUNTAS ANUALES

Les preguntamos a todos nuestros pacientes sobre el uso de sustancias, el estado de ánimo y las relaciones porque TODAS estas cosas pueden afectar su salud. Sus respuestas a estas preguntas serán confidenciales, al igual que toda su historia. Por favor, siéntase libre de omitir estas preguntas si prefiere una conversación verbal con su proveedor.

Uso de sustancias

¿Cuántas veces en el último año ha bebido 4 o más tragos en un día? Ninguno 1 o más

¿Cuántas veces en el año pasado usó una droga recreativa o utilizó una medicamentos recetados por una razón no médica? Ninguno 1 o más

Estado animico

Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado el poco interés o placer en hacer las cosas? No Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado sentirse deprimido o deprimido? No Sí

Relación de seguridad

¿Un compañero, o alguien en el hogar, lo golpea, lo lastima o lo amenaza, o lo hace sentir miedo? No Sí

¿Te sientes seguro donde vives? No Sí

¿Algo más de lo que le gustaría hablar hoy?