

HISTORIA MEDICA
(POR FAVOR IMPRIMIR)



Por Favor Marque la Medica:

- Theresa M. Patton, MD
- Kecia L. Foxworth, MD
- Diane K. Huynh, DO
- Angelica Knickerbocker, MD
- Leslie Johnson, MD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Pronombres Preferidos ella el ellos ella/ ellos el/ ellos otro _____

Sexo de Nacimiento femenina masculino intersexo negar a contestar

Identidad de Genero femenina transfemenina masculino transmasculino genero queer/no conforme otro _____

¿CUÁL ES LA RAZÓN POR SU VISITA HOY? - Marque los que aplican

- Cuidado de gyn de Mujer Annual
- Embarazo
- Opciones Prenatales
- Sangrado Anormal
- Descarga/Olor Vaginal
- Comezón/Dolor Vulvar
- Dolor Pelvico
- Manejo de Fibrosis
- Sintomas de Menopausia
- Otro _____
- Consulta de Cirugía
- Segunda opinion
- Pap Anormal

Si usted tiene síntomas, por favor describa por cuanto tiempo, que tratamientos a tratado y otros detalles importantes:

¿Fue referido por alguien a Kessler? ¿Si es así, quién? _____

HISTORIA MEDICA

Marque todos los que apliquen y agregue el nombre de la condición si es conocida

- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alta
- Enfermedad Cardiovascular (ataque cardiaco, derrame cerebral, etc) _____
- Enfermedad de coágulos sanguíneo _____
- Enfermedad Auto-inmune (Lupus, Sjogren, etc) _____
- Diagnostico Psiquiátrico (Ansiedad, Depresión, Bipolar, etc) _____
- Migrañas
- Convulsiones
- Diabetes (Tipo) _____
- Enfermedad de Tiroides _____
- GERD/reflujo ácido
- Enfermedad Intestinal/GI _____
- Cáncer (¿Cuál?) _____
- Otro _____

CIUDADO PREVENTIVO

- ¿Ha tenido un papanicolaou? Si – fecha: _____ No N/D Normal Anormal
 Si tuvo un papanicolaou anormal, alguna vez tuvo colposcopia LEEP o biopsia de cono
- ¿Ha tenido un mamograma? Si – fecha: _____ No N/D Normal Anormal
- ¿Ha tenido una colonospía? Si – fecha: _____ No N/D Normal Anormal
- ¿Ha tenido un escaneo de densidad de huesos? Si – fecha: _____ No N/D Normal Anormal
- ¿Ha recibido su vacuna de HPV? Si No Dosis recibidas (elija una) 1 2 3
- ¿Ha recibido su vacuna de COVID-19? Si – fecha: _____ No Una dosis de dos Booster
 Moderna Pfizer
- ¿Ha recibido su vacuna de influenza este año? Si – fecha: _____ No
- ¿Ha recibido su vacuna de Neumonía (Neumovax)? Si – fecha: _____ No
- ¿Ha recibido su vacuna de Tdap? Si – fecha: _____ No

CIRUGÍAS

AÑO	TIPO DE CIRUGÍA	RAZÓN	COMPLICACIONES

MEDICAMENTOS

Por favor incluir vitaminas/suplementos

NOMBRE	DOSIS	MEDICO RECETANDO

ALERGIAS

Por favor listar reacción a cada alergia en paréntesis. Ejemplo: penicilina (urticaria)

HISTORIA FAMILIAR

Su familia tiene historia de:	¿Si (S) o No (N)?	¿Que Familiar?	¿Lado de familia Maternal (M) o Paternal (P)?	¿Edad de Diagnostico?
¿Cáncer de mama a los 49 o mas joven?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Dos cánceres de mama (bilateral) en un pariente a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Tres cánceres de mama en parientes del mismo lado de la familia a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer ovario a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer pancreático a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer de mama masculino a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer metastático próstata a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer colon a los 49 o más joven? (Pariente de 1er grado)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Cáncer uterino a los 49 o más joven? (Pariente de 1er grado)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿Ancestro Judío Ashkenazi con cáncer de mama a cualquier edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	

Si tiene historia de familia de otro cáncer, liste aquí:

¿Usted o alguien en su familia tomado prueba genéticas para cáncer hereditario?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	¿Qué genes?	¿Qué fue el resultado?
---	---	---------	-------------	------------------------

¿Usted tiene historia de familia en pariente de 1er grado con lo siguiente?

Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quién?
Enfermedad Cardiovascular (ataque cardiaco, derrame cerebral, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quién?
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quién?

HISTORIA OBSTÉTRICA

Si ha estado embarazada, escriba 0 junto al Total de Embarazos y siga a Historial Menstrual

Embarazos Total _____	Abortos Espontáneos _____
Nacimientos a Terminos (37 semanas+) _____	Abortos _____
Nacimientos Prematuros (<37 semanas) _____	Embarazos Ectópico/Tubal _____
Nacimientos Multiples (gemelos, etc) _____	Embarazos Molares _____
Hijos Vivos _____	

FECHA	SEMANAS DE EMBARAZO	TIEMPO DE PARTO	PESO DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO NACIMIENTO	EPIDURAL (S/N)	COMPLICACIONES	UBICACIÓN
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

HISTORIA DE MENSTRUACIÓN

¿A que edad tuvo su primer periodo? _____

Si todavía tiene un ciclo de menstruación (periodo), por favor conteste lo siguiente (por favor conteste, aunque no tenga ciclos debido a anticonceptivos):

¿Cuándo fue la fecha de su último periodo? _____

¿Usted tiene periodos regularmente predicables cada mes? S N

¿Cuántos días normalmente sangra? _____

¿Usted sangre o mancha entre periodos? S N

¿Usted tiene algún sagrado después de sexo? S N

¿Describa su flujo ligero moderado pesado

¿Su periodo es doloroso? S N

Si usted no tiene ciclos menstruales, por favor conteste lo siguiente:

Edad de último periodo: _____

¿Cuál fue la razón? menopausia hysterectomía ablación no conocido otro _____

HISTORIA SEXUAL

¿Actualmente activa sexual? S N

¿Usted esta tratando de quedar embarazada? S N

Método anticonceptivo actual (*marque todos los que aplican*)

Ninguno Condones Otra barrera _____ Píldoras anticonceptivas _____ Parche

Nuvaring Depo-Provera Nexplanon DIU Hormonal _____ DIU Cobre

Tubario/salpingectomía Vasectomía Seguro Ritmo/Planificación Familiar Natural

Cantidad de parejas sexuales en su vida: _____

Cantidad de nuevas parejas el último año: _____

¿Con quién tiene sexo? (*Marque todos los que aplican*) Hombre Mujer Otro

¿Ha tenido alguna de las siguientes infecciones? (*marque los que aplican*)

Verrugas Genitales Sífilis Hepatitis B Hepatitis C VIH/SIDA

Clamidia Gonorrea Tricomonas Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

Absceso Tuboovárico (ATO) Herpes Genitales

¿Usted tiene dolor durante la intimada? S N

¿Tiene alguna pregunta sobre sexo, como dolor o disminuir deseo? S N

HISTORIA SOCIAL

Ocupación _____

Estado civil _____

¿Usted ha sido golpeado, cacheteado o físicamente agredido por alguien? S N

¿Está en una relación con alguien que la amenaza o golpea? S N

¿Alguien la ha forzado a tener actividades sexuales que la hacen incomoda? S N

¿Usted fuma cigarrillos o tabaco? S, actualmente S, pero lo deje N, nunca

¿Si es si, cuantos por día? _____ ¿Cuántos años ha fumado? _____

¿Necesita ayuda dejar de fumar? S N

¿Usted toma alcohol? S N Si es si, cuantas bebidas a la semana _____

¿Usted ha tenido la necesidad de dejar de tomar? S N

¿Se ha sentido mal por las criticas porque usted toma? S N

¿Usted se a sentido culpable por tomar? S N

¿Usted toma por la mañana (tomar primero por la mañana para controlar sus nervios o controlar la cruda)? S N

¿Usted usa alguno de los siguientes? (*marque los que apliquen*)

marijuana cocaína heroína LSD hongos éxtasis otros superiores otros tranquilizantes

vapear nada

¿Usted necesita jeringas por cualquier razón? S N ¿Si es así, por qué? _____