

PHYSICIANS FOR WOMEN
FORMULARIO DE HISTORIA ANUAL

NOMBRE _____ **FECHA** _____

- **RAZON DE SU VISITA:** _____
- **ALERGIAS** (medicamentos, comida, materiales) _____
- **MEDICAMENTOS ACTUALES:** _____

- **CONSTITUCIONAL:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
___ pérdida de peso ___ aumento de peso ___ fiebre ___ cambio de estatura ___ alergias
- **GASTROINTESTINAL:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
___ diarrea ___ estreñimiento ___ excremento con sangre ___ dolor ___ náusea/vómitos
___ indigestión ___ pérdida involuntaria de excremento
- **GENITOURINARIA:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
Edad de comienzo de su período menstrual _____, Frecuencia de sus periodos menstruales _____
___ orina frecuente ___ sangre en la orina ___ dolor al momento de orinar
___ tipo de control de natalidad ___ incontinencia
___ períodos menstruales dolorosos/anormales ___ dolor durante el acto sexual
___ sangrado vaginal anormal ___ descarga vaginal anormal ___ PMS
___ exposición a DES ___ infertilidad
Orientación sexual: ___ heterosexual ___ homosexual ___ bi-sexual
- **SENOS:** † **NINGUNA DESCARGA DESE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
FECHA DE SU ULTIMA MAMOGRAFIA _____
___ dolor en los senos ___ descarga de los pezones ___ masas
- **CARDIOVASCULAR:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
___ dolor al respirar ___ dolor o presión en el pecho ___ dificultad al respirar cuando exhala
___ hinchazón de las piernas ___ latidos del corazón rápidos o irregulares
- **ENDOCRINO:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
___ calenturas inesperadas ___ pérdida del cabello ___ sed anormal
___ no-tolerancia o sensibilidad al frío/calor
- **PASADA HISTORIAL MEDICA/QUIRURGICA:**
† **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
Cirugías _____
Condiciones Medicas _____
Daños/Lesiones _____
Vacunas _____
- **HISTORIAL DE FAMILIA:** † **NINGUN CAMBIO DESDE** ___/___/___ (fecha de su última visita)
Madre ___ vive ___ falleció – causa: _____ edad: _____
Padre ___ vive ___ falleció – causa: _____ edad: _____
Hermanos(as): Número vivos: _____; Número fallecidos: _____;
causas/edades: _____
- **PASADA HISTORIA DE OBSTETRICIA:** Número de embarazos _____ Partos _____
Número de Partos Vaginales o de Cesárea _____
Número de abortos o interrupciones de embarazo _____
Número de hijos/as _____
Número de hijos/as fallecidos _____;
Causas/edades _____
- **HISTORIA SOCIAL**
___ uso de tabaco ___ uso de drogas/alcohol ___ uso de cinturón de seguridad ___ dieta
___ ejercicio ___ vitaminas/hierbas ___ caféina

PHYSICIANS FOR WOMEN
FORMULARIO DE HISTORIAL PARA NUEVAS PACIENTES

NOMBRE _____ **FECHA** _____
COMO SUPO USTED DE NOSOTROS?† SU MEDICO † ANUNCIO † EL INTERNET † OTRA PACIENTE
OTRO, MENCIONE: _____

- **RAZON DE SU VISITA:** _____
ALERGIAS (medicamentos, comida, materiales) _____
MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ULTIMO EXAMEN PAPA-NICOLAO (fecha) ____/____/____ **NORMAL O ANORMAL?** _____
SEGUIMIENTO DE ALGUN PAP-SMEAR ANORMAL _____

- **GENERAL:** _____ ningún problema _____ pérdida de peso _____ aumento de peso _____ fiebre
_____ cambio de estatura

- **GASTROINTESTINAL:** _____ ningún problema _____ diarrea _____ estreñimiento _____ excreta con sangre
_____ dolor _____ náusea/vómitos _____ indigestión _____ pérdida involuntaria de
gas o excreta

- **GENITAL-URINARIO:** _____ Edad del primer período menstrual _____ Frecuencia de los periodos menstruales
_____ Metodo de control de natalidad (contraceptivo): _____
_____ deseos de orinar frecuentes _____ sangre en la orina _____ dolor al orinar
_____ urgencia urinaria _____ incontinencia urinaria _____ periodos anormales o dolorosos
_____ dolor durante el acto sexual _____ sangrado vaginal anormal _____ descarga vaginal anormal
_____ “PMS” _____ exposición a “DES” _____ infertilidad
Orientación sexual: _____ heterosexual _____ homosexual _____ bisexual

- **SENOS:** _____ ningún problema _____ dolor en uno/ambos senos _____ descarga de los pezones _____ masas
FECHA DE SU ULTIMA MAMOGRAFIA _____

- **CARDIOVASCULAR:** _____ ningún problema _____ respiración dolorosa _____ dolor/presión en el pecho
_____ dificultad al respirar cuando exhala _____ hinchazón de las piernas
_____ latidos del corazón rápidos o irregulares

- **ENDOCRINO:** _____ ningún problema _____ calenturas repentinas _____ pérdida del cabello _____ sed anormal
_____ intolerancia al frío/calor

- **PASADA HISTORIAL MEDICA/QUIRURGICA:**
† Cirugías _____
Condiciones Médicas _____
Daños/Lesiones _____
Vacunas _____

- **HISTORIAL DE FAMILIA:**
Madre _____ vive _____ falleció – causa: _____ edad: _____
Padre _____ vive _____ falleció – causa: _____ edad: _____
Hermanos(as): Número vivos: _____; Número fallecidos: _____; Causas/edades _____

- **PASADA HISTORIA DE OBSTETRICIA:** Número de embarazos _____ Partos _____
Número de Partos Vaginales o de Cesárea _____
Número de abortos o interrupciones de embarazo _____
Número de hijos/as _____ Numero de hijos/as fallecidos _____;
Causas/edades _____

- **HISTORIA SOCIAL**
_____ uso de tabaco _____ uso de drogas/alcohol _____ uso de cinturón de seguridad _____ dieta
_____ ejercicio _____ vitaminas/hierbas _____ cafeína