

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

• **RAZON DE VISITA:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**(drogas,comida,materiales) \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS QUE USE AHORA:** \_\_\_\_\_

- **CONSTITUCIONAL:**  No cambios desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  perdida de peso  
 subida de peso  fiebre  fatiguo  cambio de estatura
- **GASTROINTESTINAL:**  No cambios  diarrea  constipacion  excremento con sangre  dolor  nausea/vomito  indigestion  involuntariamente perdida de gas o excremento
- **GENITOURINARY:** edad de menstruacion \_\_\_\_\_, frecuencia de periodos \_\_\_\_\_ metodo de planificacion \_\_\_\_\_  orina frecuente  sangre en la orina  dolor al orinar  urgencia  incontinence  perdiados abnormal o con dolor  dolores con relaciones sexuales  sangre abnormal de la vagina  descarga abnormal de la vagina vaginal  infertilidad  
Orientacion sexual  
 heterosexual  homosexual  bisexual
- **SENOS:**  No cambios  dolor en los senos  descargo en los pesones  bultos  
**ULTIMO MAMOGRAMA** \_\_\_\_\_
- **CARDIOVASCULAR:**  No cambios  dolor al respirar  dolor al pecho o presion  diff. breathing on exertion  inchason de los pies  latidos rapidos o irregulares del corazon
- **ENDOCRINE:**  No cambios  hot flashes  perdida de cabello  sed abnormal  intolerancia al calor o frio
- **HISTORIA DE SIRUGIAS MEDICAS PASADAS:**  
Surgeries \_\_\_\_\_  
Condisiones medicas \_\_\_\_\_  
Lesiones \_\_\_\_\_  
Vacunas \_\_\_\_\_
- **HISTORIA FAMILIAR:** Madre  viva  fallecida - causa: \_\_\_\_\_  
edad \_\_\_\_\_  
Padre  vivo  fallecido - causa: \_\_\_\_\_  
edad \_\_\_\_\_  
Hermanos/nas: numero de vivos \_\_\_\_\_ numero de fallecidos \_\_\_\_\_ causa/ edad \_\_\_\_\_  
Cancer en Familia \_\_\_\_\_
- **HISTORIA DE EMBARAZOS:** Embarazos \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_, Vaginal o cesaria \_\_\_\_\_ perdidas o abortos \_\_\_\_\_  
Numeros de vivos \_\_\_\_\_ Numero de fallecidos \_\_\_\_\_  
Causa/ Edad \_\_\_\_\_

- **HISTORIA SOCIAL:** Uso de tabaco \_\_\_\_\_ Uso de alcohol o drogas \_\_\_\_\_ Cinturon de seguridad \_\_\_\_\_ Dietas \_\_\_\_\_ ejercicios \_\_\_\_\_ Vitaminas/Hierbas \_\_\_\_\_ cafeina \_\_\_\_\_