

Forma de historial médico confidencial



Daniel Hernandez, M.D / Cynthia Jimmeyer, NP

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO (Cont.)

Sí	No	Pregunta	Explicar/Detalles
		¿Toma drogas de la calle?	De ser así, enlístelas
		¿Fuma cigarrillos?	De ser así, # de cigarrillos/día y ¿por cuánto tiempo?
		¿Toma alcohol?	De ser así, # tragos/día y por semana
		¿Considera que usted tenga (haya tenido) un problema con las drogas o el alcohol?	Explique: _____

Sí	No	Pregunta	Explicar/Detalles
		¿Trabaja?	_____
		¿Está expuesto a químicos peligrosos en su empleo? De ser así, explique	_____
		¿Considera que su dieta es saludable?	_____
		¿Alguna vez se ha provocado el vómito después de comer o toma laxantes para perder peso?	_____
		¿Hace ejercicio? ¿De qué tipo? ¿Cuántas veces a la semana?	_____
		¿Sostiene relaciones sexuales? De ser así, ¿a qué edad comenzó?	_____
		¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona en los últimos meses?	_____
		¿Cuál es el número de parejas sexuales que ha tenido en los últimos seis meses?	_____
		¿Masculinos, femeninas o ambos?	_____
		¿Usa condón? ¿Qué tan frecuentemente? (Siempre, algunas veces, nunca)	_____
		¿Su pareja sexual tiene otra(s) pareja(s) sexuales?	_____
		¿En la actualidad, o alguna vez, ha estado en una relación en la que fue amenazado o le hicieron sentir miedo?	_____
		¿Alguna vez su pareja le ha golpeado, pateado, bofeteado, empujado o aventado?	_____
		¿Alguna vez le han forzado o presionado a involucrarse en actividades sexuales cuando usted no lo deseaba?	_____
		¿Alguna vez ha sido violado(a)?	_____
		¿Qué preguntas tiene sobre el sexo?	_____

Historial de su periodo menstrual

Sí	No	Pregunta	Respuesta
		¿Es este su primer examen pélvico?	_____
		Edad a la que inició su periodo menstrual:	_____
		Los periodos menstruales son (circule todo lo que corresponda):	Regulares Irregulares Dolorosos Ligeros Moderados Abundantes
		Primer día del último periodo menstrual:	_____
		Fecha del último embarazo o nacimiento:	_____
		¿Está amamantando?	_____

Los periodos menstruales llegan cada _____ días, y duran _____ días.

¿Tiene sangrado entre periodos menstruales? (circule uno) Sí
No
Algunas veces

Historial de embarazos

Número de:	Abortos	Complicaciones y/o comentarios sobre estos embarazos:
	Aborto espontáneo	
	Muerte fetal	
	Cesáreas	
	Embarazo ectópico (tubárico)	
	Nacimientos prematuros	
	Embarazos vaginales normales	
	# total de embarazos	
	Edad que tenía en su primer embarazo	

Historial de anticonceptivos

Si usa algún control de natalidad, ¿qué métodos ha usado?

<input type="checkbox"/>	Píldoras	Si usa píldoras, ¿de qué tipo ha usado?	_____
<input type="checkbox"/>	Inyección Depo		
<input type="checkbox"/>	Diafragma/Capuchón cervical		
<input type="checkbox"/>	Espuma, supositorios, cremas, gelatinas		
<input type="checkbox"/>	Condones, plásticos		
<input type="checkbox"/>	Interrupción o remoción		
<input type="checkbox"/>	Ritmo, calendario o planificación familiar natural		
<input type="checkbox"/>	Norplant/Nexplanon		
<input type="checkbox"/>	DIU		
<input type="checkbox"/>	Ligadura de las trompas (esterilización)		
<input type="checkbox"/>	Nada		

Método de control de natalidad actual:

Deseo cambiar mi método a:

Enliste todos los problemas con estos métodos:

Firma del paciente / de la parte que consiente

Fecha

Firma del Médico/médico clínico de revisión

Fecha