

NOMBRE: _____ Revisado _____ Iniciales de la paciente _____ Médico/enfermera _____
 Fecha: ____/____/____ Revisado _____ Iniciales de la paciente _____ Médico/enfermera _____
 Derivada por: _____ Revisado _____ Iniciales de la paciente _____ Médico/enfermera _____
 Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de hijos: _____

HISTORIA GINECOLÓGICA		SI	NO		SI	NO
¿Sus períodos son regulares, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tiene una relación monogámica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene calambres menstruales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Anticonceptivos actuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay sangrado entre un período y el otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fue sexualmente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> condones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Actualmente es sexualmente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pastillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ser así, la pareja es <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer				<input type="checkbox"/> inyección depo povera		
Duración: _____ meses o _____ años				<input type="checkbox"/> parche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> anillo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> diafragma		
				<input type="checkbox"/> método del ritmo		
				Antecedentes de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> quiste de ovario		
				<input type="checkbox"/> fibromas		
				<input type="checkbox"/> bulto en la mama/ enfermedad mamaria		
<i>Marque el casillero si alguna vez recibió tratamiento por alguna de las siguientes infecciones</i>					SI	NO
Infección vaginal bacteriana/BV/Vaginosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Alguna vez obtuvo un resultado anormal en el PAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuándo? _____ (dentro de los 3 años = HR)		
Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Han pasado más de 7 años desde que se hizo el último PAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Comenzó la actividad sexual antes de cumplir los 16 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clamídeas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tuvo más de cinco parejas sexuales en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Obtuvo un resultado positivo en el análisis del virus VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Su madre tomó la droga DES mientras estaba embarazada de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROBLEMAS MÉDICOS	SI	NO		PROBLEMAS MÉDICOS	SI	NO
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coágulos sanguíneos en las venas/arterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección/cálculos en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo/problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____	Ataques/convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatitis/ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPERACIONES	SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA
Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Extirpación de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirugía de ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Biopsia mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otra cirugía/hospitalización:			
Apendicectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular antes de los 50 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer de útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coágulo sanguíneo que requiere anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otros:			

MEDICACIONES:	ALERGIAS:

ANTECEDENTES SOCIALES	SI	NO		SI	NO
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Hace ejercicios regularmente?	<input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Sigue una dieta con alto contenido en grasas/azúcar?	<input type="checkbox"/>
Número en promedio de copas/día _____				¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>
¿Consumo alguna droga recreativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Se siente segura en su casa/relación?	<input type="checkbox"/>

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: *por favor, marque cualquiera de los siguientes que corresponda.*

	<i>Fecha de hoy</i>	<i>Fecha</i>	<i>Fecha</i>	<i>Fecha</i>
1. CONSTITUCIONAL	Pérdida de peso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aumento de peso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fiebre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatiga <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. OJOS	Manchas delante de los ojos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cambios en la visión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. NARIZ GARGANTA Y OÍDO/BOCA	Problemas en los oídos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemas sinusales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. CARDIOVASCULAR	Dolor de pecho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Palpitaciones/salteo de latidos cardíacos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. RESPIRATORIO	Sibilancia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta de aire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. GASTROINTESTINAL	Diarrea o constipación <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en materia fecal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. GENITOURINARIO	Dolor al orinar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frecuencia/urgencia urinaria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdidas urinarias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Períodos abundantes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Períodos irregulares <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangrado entre los períodos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de pelvis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor durante las relaciones sexuales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Picazón/ardor vaginal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flujo anormales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. MUSCULOESQUELÉTICO	Debilidad muscular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor muscular/articular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. PIEL/MAMA	Dolor de mamas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bulto en las mamas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Supuración de los pezones <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erupción <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/llagas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. NEUROLÓGICO	Mareos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entumecimiento en los brazos/piernas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. PSIQUIÁTRICO	Depresión o ansiedad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ENDÓCRINO	Intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sed anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sofocos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO	Hematomas frecuentes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortes que no dejan de sangrar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agrandamiento de los nódulos linfáticos/glándulas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO	Alergias (a las comidas/al polen/etc.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Último período:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Último PAP:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última mamografía:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última densitometría ósea:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Última colonoscopia:	<input type="checkbox"/> Nunca	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Firma de la paciente _____

Fecha: _____

Firma del médico/ de la enfermera: _____

Fecha: _____

Revisado: Fecha _____ Iniciales de la paciente _____ Iniciales del médico/de la enfermera _____

Revisado: Fecha _____ Iniciales de la paciente _____ Iniciales del médico/de la enfermera _____

Revisado: Fecha _____ Iniciales de la paciente _____ Iniciales del médico/de la enfermera _____

Revisado: 10/06