

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** \_\_\_\_\_

**DERIVADA POR:** \_\_\_\_\_

<u>FECHA</u>			
Último período:	<input type="checkbox"/> Nunca	____/____/____	¿Aceptaría una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Último Pap:	<input type="checkbox"/> Nunca	____/____/____	¿Tiene alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Última mamografía:	<input type="checkbox"/> Nunca	____/____/____	Sí: _____
Última colonoscopia:	<input type="checkbox"/> Nunca	____/____/____	<b>MOTIVO DE LA VISITA:</b> <input type="checkbox"/> Examen anual y/o
Última densitom. ósea:	<input type="checkbox"/> Nunca	____/____/____	<input type="checkbox"/> Problema: _____

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

N.º de embarazos: \_\_\_\_\_ N.º de hijos: \_\_\_\_\_ N.º de hijos adoptados \_\_\_\_\_

Partos: N.º de vaginales \_\_\_\_\_ N.º de cesáreas \_\_\_\_\_ N.º de abortos espont. \_\_\_\_\_ N.º de abortos \_\_\_\_\_ N.º ectópicos \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Sus períodos son regulares, uno por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez fue sexualmente activa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene calambres con sus períodos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es sexualmente activa en la actualidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Sangrado entre un período y el otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su pareja es <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	
¿Períodos excesivamente abundantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna pareja sexual nueva en el último año?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Dolor durante las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo más de una pareja sexual durante el último año?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de lo siguiente?:				
Fibromas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Anticonceptivos actuales?	<input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> condones
Quistes ováricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pastillas <input type="checkbox"/> depo provera	<input type="checkbox"/> parche
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anillo vaginal <input type="checkbox"/> diafragma	<input type="checkbox"/> DIU
Enfermedad mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Implanon <input type="checkbox"/> ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> vasectomía
¿Se vacunó contra el VPH? (Gardasil o Cervarix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<i>Indique si alguna vez la trataron por alguna de las siguientes infecciones:</i>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Infección vaginal bacteriana/BV/Vaginosis	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez tuvo un resultado anormal en el Pap?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tricomonas	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo? _____ (dentro de los 3 años = riesgo elevado)	
Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	¿Pasaron más de 7 años desde su último Pap?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	¿Comenzó su actividad sexual antes de cumplir los 16 años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Clamidias	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo más de 5 parejas sexuales en su vida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez le diagnosticaron VIH?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	¿Su madre tomó el medicamento DES mientras estuvo embarazada de usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques/convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos/soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas intestinales/síndrome de intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo: _____			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo: _____			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección/cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos en las venas/arterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____		
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____		
			Otras _____		

<b>OPERACIONES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>FECHA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>FECHA</b>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cirugía de ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cirugía de vejiga/prolapso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histeroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Biopsia de cono/LEEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extirpación de fibroma uter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Apendicectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablación uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Extirpación de vesíc. biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolización de fibroma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Biopsia/cirugía mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Otra cirugía/hospitalización: _____		

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>¿QUIÉN?</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>¿QUIÉN?</b>
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"/>		Hipertensión	<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 requiera anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Antes de los 50?	Otro: _____		
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Antes de los 50?			
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Hace actividad física regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Su dieta es de algo contenido graso/de azúcar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.º promedio de copas por día _____				¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consume drogas recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Se siente segura en su hogar/con su relación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:** *marque si se aplica alguno de los siguientes actualmente:*

<b>CONSTITUCIONAL</b>	Pérdida de peso <input type="checkbox"/>	<b>OSTEOMUSCULAR</b>	Debilidad muscular <input type="checkbox"/>
	Aumento de peso <input type="checkbox"/>		Dolor muscular/articular <input type="checkbox"/>
	Dolores de cabeza <input type="checkbox"/>		
	Fiebre <input type="checkbox"/>		
	Fatiga <input type="checkbox"/>		
<b>OJOS</b>	Manchas delante de los ojos <input type="checkbox"/>	<b>PIEL/MAMAS</b>	Dolor en los senos <input type="checkbox"/>
	Cambios en la visión <input type="checkbox"/>		Bulto en el seno <input type="checkbox"/>
			Supuración de los pezones <input type="checkbox"/>
			Cambios en la piel <input type="checkbox"/>
<b>NARIZ-GARGANTA-OÍDOS/BOCA</b>	Problemas de oídos <input type="checkbox"/>	<b>NEUROLÓGICO</b>	Mareos <input type="checkbox"/>
	Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/>		Entumecimiento en brazos/piernas <input type="checkbox"/>
	Problemas sinusales <input type="checkbox"/>		
<b>CARDIOVASCULAR</b>	Dolor de pecho <input type="checkbox"/>	<b>PSIQUIÁTRICO</b>	Depresión o ansiedad <input type="checkbox"/>
	Palpitaciones/arritmias <input type="checkbox"/>		
<b>RESPIRATORIO</b>	Sibilancia <input type="checkbox"/>	<b>ENDÓCRINO</b>	Intolerancia al frío/calor <input type="checkbox"/>
	Falta de aire <input type="checkbox"/>		Sed anormal <input type="checkbox"/>
			Rubores <input type="checkbox"/>
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Diarrea o constipación <input type="checkbox"/>	<b>HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO</b>	Hematomas frecuentes <input type="checkbox"/>
	Sangre en las heces <input type="checkbox"/>		No para de sangrar al cortarse <input type="checkbox"/>
	Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/>		Agrandamiento de ganglios linfáticos/glándulas <input type="checkbox"/>
<b>GENITOURINARIO</b>	Dolor al orinar <input type="checkbox"/>	<b>MEDICACIONES:</b>	<b>NINGUNA</b> <input type="checkbox"/>
	Frecuencia/urgencia urinaria <input type="checkbox"/>		
	Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/>		
	Períodos abundantes <input type="checkbox"/>		
	Períodos irregulares <input type="checkbox"/>		
	Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/>		
	Dolor pélvico <input type="checkbox"/>		
	Dolor en las relaciones sexuales <input type="checkbox"/>		
	Picazón/ardor vaginal <input type="checkbox"/>		
	Pérdidas anormales <input type="checkbox"/>		

**FIRMA DE LA PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Lea las siguientes 3 declaraciones y coloque sus iniciales en cada una:**

Entiendo que Atlanta GYN & OB, PC no les factura a sus pacientes por las visitas al consultorio o los copagos. El pago debe efectivizarse en el momento de la visita. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Entiendo que me cobrarán un arancel de cancelación si cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación. Si falto a una cita sin previo aviso, se me aplicará el arancel por falta de presentación que debe ser pagado antes de mi siguiente cita. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Me han entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Atlanta GYN & OB, PC para que lo lea. (Si no hubiera recibido dicha copia, contáctese con la recepcionista para que se la entregue). **Iniciales:** \_\_\_\_\_