

Nombre: _____ Nombre del doctor primario: _____

Fecha: _____ Derivado por: _____

Razón de la consulta: Anual Problema _____

Alergias a medicamentos Sí No Si tiene, ¿a qué medicamento? _____

Medicamentos actuales: _____

¿Desea someterse hoy a una evaluación para detectar enfermedades de transmisión sexual? Sí No

¿Aceptaría transfusiones de sangre en circunstancias de riesgo vital? Sí No

¿Se le han administrado las siguientes vacunas? VPH Rubéola Hepatitis B Influenza (¿este año?)

Tétanos/Tos ferina (DTap) cuándo _____

Último período: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nunca	N.º de embarazos _____	N.º de hijos _____ N.º de hijos adoptados _____
Último Papanicolau: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nunca	N.º de partos vaginales _____	N.º de cesáreas _____
Última mamografía: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nunca	N.º de abortos espontáneos _____	N.º de abortos _____ N.º emb. ectópicos _____
Última colonoscopia: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nunca		
Última densidad de los huesos: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nunca		

Antecedentes ginecológicos

¿Tiene períodos regulares, una vez al mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha sido sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sufre calambres excesivos durante el período? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es sexualmente activo en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sangra entre períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Pareja sexual nueva en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene períodos demasiado abundantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Más de una pareja en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quiere hacer algo con respecto a los períodos abundantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto tiempo ha estado con su pareja actual? _____
¿Siente dolor durante las relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Su pareja sexual es <input type="checkbox"/> Hombre o <input type="checkbox"/> Mujer
¿Tiene escapes de orina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Métodos anticonceptivos actuales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
¿Tiene una vejiga hiperactiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preservativos
¿Tiene antecedentes de lo siguiente?:	<input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> Parches <input type="checkbox"/> Anillo vaginal <input type="checkbox"/> DIU
Fibromas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quistes ováricos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Depo-provera <input type="checkbox"/> Nexplanon <input type="checkbox"/> Diafragma
Endometriosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de las mamas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Vasectomía
	¿Ya no desea tener más hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha recibido tratamiento por lo siguiente?

Vaginosis / BV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido algún Papanicolau anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tricomonas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si lo tuvo, ¿cuándo? _____ ¿qué tratamiento recibió? _____
Verrugas genitales (VPH) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Han pasado más de 7 años desde su último Papanicolau? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gonorrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Comenzó su actividad sexual antes de los 16 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Clamidia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido más de 5 parejas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sífilis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le han diagnosticado VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tomó su madre DES (dietilestilbestrol) cuando estaba embarazada de usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sus antecedentes médicos:

Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrañas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acidez <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteopenia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas al corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones/epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____
Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del intestino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas a la tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____
Tipo: _____	Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros problemas médicos:
Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Coágulos de sangre/TVP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Cirugías:

	Año		Año		Año		
Cesárea <input type="checkbox"/>	_____	Extirpación de fibroma uterino <input type="checkbox"/>	_____	Ligadura de trompas <input type="checkbox"/>	_____	Vesícula biliar <input type="checkbox"/>	
Histerectomía <input type="checkbox"/>	_____	Ablación uterina <input type="checkbox"/>	_____	Vejiga/prolapso <input type="checkbox"/>	_____	Mama: biopsia <input type="checkbox"/>	
Laparoscopia <input type="checkbox"/>	_____	Embolización de fibroma (UFE) <input type="checkbox"/>	_____	LEEP/ Cónica <input type="checkbox"/>	_____	reducción <input type="checkbox"/>	
Histeroscopia <input type="checkbox"/>	_____	Cirugía de ovarios <input type="checkbox"/>	_____	Apendicectomía <input type="checkbox"/>	_____	aumento <input type="checkbox"/>	
Otras cirugías: _____							

Antecedentes familiares:		Quién	Quién		
Cáncer de mamas	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de útero	<input type="checkbox"/>	_____	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> antes de los 50 años	Coágulos de sangre/TVP	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> antes de los 50 años	Otro	<input type="checkbox"/>	_____
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> antes de los 50 años	NINGUNO	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	_____			

Antecedentes sociales:			
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hace ejercicio regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una dieta alta en grasa o azúcar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
N.º promedio de bebidas al día _____ N.º por semana _____		¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consume drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se siente a salvo(a) en su hogar y su relación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Antecedentes de sistemas:	Ahora	El año pasado	Ahora	El año pasado
General:			Osteomuscular	
Baja de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de las articulaciones	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ojos, nariz y garganta:			Mama:	
Cambios en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las mamas	<input type="checkbox"/>
Manchas frente a los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulto en las mamas	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción de los pezones	<input type="checkbox"/>
Problemas en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la piel de las mamas	<input type="checkbox"/>
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cardiovascular:			Neurológico:	
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>
Corazón acelerado o se salta latidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormecimiento de brazos o piernas	<input type="checkbox"/>
Respiratorio:			Psiquiátrico:	
Silbidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal:			Endocrino:	
Diarrea o estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor o al frío	<input type="checkbox"/>
Náuseas o vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed anormal	<input type="checkbox"/>
Sangre en los heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bochornos	<input type="checkbox"/>
Genitourinario:			Hematológico/Linfático	
Escape de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones fáciles o frecuentes	<input type="checkbox"/>
Frecuencia o urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortes que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>
Vejiga hiperactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Picazón o ardor vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Secreción anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Lea las siguientes declaraciones y escriba sus iniciales en cada una

Comprendo que Atlanta GYN & OB, PC no le factura a los pacientes por las citas en el consultorio ni los copagos. El pago se debe hacer al momento de la cita.

Iniciales _____

Comprendo que me cobrarán una tarifa de cancelación por cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación.

Iniciales _____

Si no se presenta a una cita, se le cobrará una tarifa de "Inasistencia" (No Show) que debe pagar antes de su siguiente cita.

Iniciales _____

He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Atlanta GYN & OB, PC para leerlo. (Si no ha recibido este aviso de privacidad, consulte en recepción para recibir su copia)

Iniciales _____