



# Tuality Obstetrics & Gynecology

364 SE 8th Avenue, Suite 205 • Hillsboro, OR 97123 • Phone 503-681-4145 • Fax 503-681-4146  
Megan R. Bird, M.D., FACOG • Sylvana E. Bennett, M.D. • Nicola S. Rotberg, M.D., FACOG  
Sarah R. Jordan, M.D. • Monica Hsu, M.D. • Barbara Rajaska, M.D.

**Bienvenido a nuestra clínica. A fin de ofrecerle a usted el mejor servicio posible, necesitamos información sobre varios aspectos de su historia medica. A todos nuestros pacientes les hacemos estas preguntas, así es que probablemente algunas de ellas no se apliquen a usted personalmente. Si usted no está seguro acerca de alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Nuestro médico de clínica examinará esta forma con usted. Muchas gracias por su ayuda.**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su doctor primario: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo refirio a nuestra clínica? \_\_\_\_\_

¿Le preocupa algo en especial ahora?  Sí  No Si es así, explíquelo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia Médica General

OB-1031 (6/12)

¿A qué medicina es alérgica? \_\_\_\_\_ ¿Qué reacción le causa? \_\_\_\_\_

¿Qué otras alergias tiene? \_\_\_\_\_

¿Estuvo en el hospital? (que no sea para partos)  Sí  No \_\_\_\_\_

¿La operaron?  Sí  No \_\_\_\_\_

Marque los cuadros que le conciernan y describa brevemente el problema y su tratamiento.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nariz / Sinusitis _____        | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____                          |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____        | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre _____                       |
| <input type="checkbox"/> Migrañas _____                 | <input type="checkbox"/> Respiratorios / Asma _____                     |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones _____             | <input type="checkbox"/> Del estómago o digestivos _____                |
| <input type="checkbox"/> Garganta _____                 | <input type="checkbox"/> Hígado / vejiga _____                          |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva _____             | <input type="checkbox"/> Riñón / problemas urinarios _____              |
| <input type="checkbox"/> De la tiroides / cuello _____  | <input type="checkbox"/> Problemas musculares o de las coyunturas _____ |
| <input type="checkbox"/> Senos _____                    | <input type="checkbox"/> Anemia _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Corazón _____                  | <input type="checkbox"/> Condiciones genéticos _____                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho _____           | <input type="checkbox"/> Cáncer _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Alta presión _____             | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Historia de malos tratos _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental _____                |
| (físico, emocionales, sexuales)                         |   |
| <input type="checkbox"/> Otra clase de problemas _____  |   |

## Ginecológico / Sexual / Anticonceptivo

¿A qué edad comenzó su regla? \_\_\_\_\_ Día en que empieza \_\_\_\_\_ Día en que termina \_\_\_\_\_

La regla es:  Regular  Irregular  Dolorosa El flujo es:  Ligero  Moderado  Abundante

El primer día de la última regla: \_\_\_\_\_ ¿Fue normal?  Sí  No

¿Le preocupa algo acerca de su regla?  Sí  No

¿Tiene problemas antes de la regla?  Sí  No

¿Se le ha detenido la regla?  Sí  No Si fue así, a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo terapia para reemplazamiento de hormonas?  Sí  No Si es así, de qué tipo y en qué dosis? \_\_\_\_\_

¿El ultimo papanicolao? \_\_\_\_\_ ¿Resultó normal?  Sí  No ¿El último mamograma? \_\_\_\_\_

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_ ¿Sus compañeros sexuales son?  Hombres  Mujeres  Ambos

¿Está usando algún método anticonceptivo actualmente?  Sí  No Si es así, diga de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecha con el método que usa actualmente?  Sí  No

¿Le gustaría discutir otras opciones para el control de la natalidad este día?  Sí  No De qué tipo? \_\_\_\_\_

## Ginecológico / Sexual / Anticonceptivo

¿Se lava con ducha?  Sí  No ¿Cuando fue la última vez? \_\_\_\_\_ ¿Qué usa? \_\_\_\_\_

¿Está usted teniendo alguno de los siguientes síntomas?

Comezón vaginal  Irritación vaginal  Ampollas vaginal  Descarga diferente  Sangrado anormal  
 Dolor al orinar  Dolor al momento de las relaciones sexuales  Otro tipo de Síntomas \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido: (diga cuándo y describa)

Papanicolao anormal \_\_\_\_\_  Problemas uterino \_\_\_\_\_  
 Tratamiento por papanicolao anormal \_\_\_\_\_  Endometriosis \_\_\_\_\_  
 Verrugas venéreas \_\_\_\_\_  Quistes en los ovarios \_\_\_\_\_  
 Problemas la esterilidad \_\_\_\_\_  Herpes \_\_\_\_\_  
 Trichomoniasis \_\_\_\_\_  Clamydia \_\_\_\_\_  
 Gonorrea \_\_\_\_\_  Sífilis \_\_\_\_\_  
 Vaginosis bacteriano \_\_\_\_\_  Inflamación pélvica PID \_\_\_\_\_  
 Cáncer en cuello de matriz, útero, vagina, ovarios \_\_\_\_\_  
 Infecciones continuas, hongo vaginal \_\_\_\_\_  Hepatitis \_\_\_\_\_  
 De otro tipo \_\_\_\_\_

## Historia Obstétrica

¿Piensa usted que está embarazada?  Sí  No ¿Está tratando de embarazarse?  Sí  No

Fecha del último embarazo: \_\_\_\_\_

Historia de embarazos (Por favor escriba la fecha): Partos de niños vivos \_\_\_\_\_ Partos prematuros \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_ Partos de niños muertos \_\_\_\_\_ Malos partos (fetos muertos) \_\_\_\_\_

Abortos (provocados) \_\_\_\_\_ Embarazos ectópicos (fuera de la matriz) \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_ De qué edad: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando actualmente?  Sí  No

¿Le vinieron complicaciones por el embarazo?  Diabetes  Alta presión  Otra clase de complicaciones \_\_\_\_\_

¿Tiene otras preocupaciones o problemas que no hemos mencionado? \_\_\_\_\_

## Historia Familiar

Escriba sobre la línea la persona de su familia que tenga: (No ponga nombres. Escriba madre, padre, hermano, hermana, abuela paterna, abuelo paterno, abuela materna, abuelo materno)

Diabetes: \_\_\_\_\_ Colesterol alto: \_\_\_\_\_ Apoplejía: \_\_\_\_\_

Alta presión: \_\_\_\_\_ Coágulos: \_\_\_\_\_ Ataques al corazón antes de los 50 años: \_\_\_\_\_

Cáncer: \_\_\_\_\_ Problemas de la tiroides: \_\_\_\_\_ Depresión: \_\_\_\_\_

Alcoholismo / drogadicción: \_\_\_\_\_ Osteoporosis: \_\_\_\_\_ Otros problemas: \_\_\_\_\_

## Cuidado de su Cuerpo

¿Hace Ejercicio?  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Describa la clase de alimentos que toma (de bajas calorías, hamburguesas, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas con su peso?  Sí  No ¿Ha tenido problemas alimenticios?  Sí  No

¿Problemas de insomnio o los destellos calientes?  Sí  No ¿Se examina los senos?  Sí  No

¿Ha fumado?  Sí  No ¿Está fumando actualmente?  Sí  No ¿Cuántas al día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_ ¿Ha tratado de dejar?  Sí  No

¿Toma bebidas con cafeína?  Sí  No ¿Cuántas al día? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No ¿Cuántas a la semana? \_\_\_\_\_

¿Se ha drogado?  Sí  No ¿Qué tipo de droga? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido transfusión de sangre desde 1977?  Sí  No

¿Está tomando medicinas actualmente?  Sí  No Describalas (incluya las de receta, las que compra sin receta, vitaminas, hierbas)

Para uso de la oficina solamente: Name: \_\_\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_