

SUMARIO DE SALUD

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la razón principal que usted está aquí para ver al doctor? _____

¿Que tratamiento ha recibido para este problema? _____

¿Alguien le refirió a esta oficina? ¿Si es así, quién? _____

Lista todas problemas médicas o condiciones de la salud que usted tenga (también lista por favor el año que fue diagnosticado el problema). (Año/Condición)

Lista todas cirugías, procedimientos, y hospitalización que usted haya tenido desde la niñez (de el año, si sepa).

Antecedentes familiares de : Cáncer de seno Cáncer uterino Cáncer de los ovarios Cáncer de los intestinos Otro Cáncer Diabetes Enfermedades del Corazón Movimiento(Stroke) Otro: _____

Es usted: Casada Divorciada Volvio a Casar Pareja de largo tiempo Soltera Viuda
Es usted: Sexualmente activa Ningún socio sexual Paró de tener sexo a la edad de ____
 Nunca ha tenido sexo

¿Quién vive con usted? Esposo/pareja # _____ niños Otro: _____
¿Usted trabaja fuera del hogar? ¿Si es así qué tipo de trabajo? _____

¿Usted fuma? No Sí: ____ paquetes/día Deseo parar He intentado parar ____ veces
¿Usted bebe el alcohol? No Sí: Raramente De vez en cuando/socialmente Regularmente Más que pienso que debo
¿Usted hace ejercicio regularmente? No Sí: 3 veces por semana o mas De vez en cuando Raramente Nunca
¿Usted utiliza las drogas de la calle? No Sí: Tipos/comentarios: _____

Edad del primer período: _____ Fecha del período pasado: ____/____/____ o: Paré de menstruar en la edad:
¿Es su período regular? Sí, viene cada ____ días y me dura ____ días
 No (explique): _____

¿Tiene problemas con su período? _____
¿A usted se le escapa el orin por accidente? No Sí → Explica: _____

Método anticonceptivo: Ninguno Pastillas Condones Tubos Ligados IUD Otro
¿Usted está intentando embarazarse? Sí No No, pero estaria bien embarazarme
¿Tiene dolor cuande tiene relaciones sexuales? No Sí → Explica: _____
¿Usted tiene otras preocupaciones aserca de sus relaciones sexuales? _____

Total # de embarazos: _____ ¿Complicaciones durante el parto? _____
de partos vaginales: _____ # de Cesareas: _____ # nacidos antes de tiempo (Mas de 3 semanas): _____
de embarazos perdidos: _____ # de abortos: _____ ¿Peso de nacimiento del bebé más grande? _____ lbs _____ oz

Historia del Papanicolau: Ultimo pap (año): _____ Edad de su primer pap (aproximadamente): _____
¿Cada cuanto tiene su pap? Cada año Cada ____ años | Otro: _____
¿Nunca has tenido un pap abnormal? No Sí → Explica: _____
¿Has tenido tratamiento sobre un problema de tu pap? No Sí → Explica: _____
