



CHICAGO WOMEN'S HEALTH, LTD
HISTORIA MEDICA

Account #:

Favor de tomar un momento para llenar esta forma. Use la parte de atras de la forma si necesita.

Nombre: _____ Appointment Date: _____

Fecha: _____ Age: _____

- Cuales la razón de su visita? Cuidado Prenatal Examen Ginecologico Rutinario / Papanicolado Otro: _____
- Fecha de el primer dia de su ultimo periodo menstrual? _____
- Sus periodos son?: Regular(mensuales) Irregular Pesados
- Fecha de su ultimo papanicolado? _____ Estuvo normal? Si No
- A tenido algun papanicolado abnormal en el pasado? Si No Si lo tuva cuando fue? _____
- A tenido un Mamograma? Si No Si lo tuva cuando fue? _____ Estuvo normal? Si No
- Esta usando algun metodo anticonceptivo actualmente? Si No Si esta usando que tipo? Pastillas Parche Condom IUD
- Depo-Provera Planificacion Natural Ligacion de tubos(anou _____) Otro _____
- Que tipos de anticonceptivos a usado en el pasado? Pastillas Parche Precervativo (Condon) Dispositivo(Aparato)
- Depo-Provera Planificacion Natural Otro _____
- Cuantos embarazos a tenido? _____ Cuantos abortos inducidos o espontaneos? _____

Embarazos

Fecha	Hospital	Sexo del niño(a)	Peso del niño(a)	Duración del parto	Complicaciones

•Usted tiene o a tenido en el pasado algo de lo siguiente: (Favor de chequear todo lo que applique y use el espacio de abajo para describir cuando el problema empezo o ocurrio, o si se esta tratando para esta condicion.)

- Preción Alta Diabetes Paralisis Cerebral Condiciones del Corazón Problemaso Infecciones de Riñón
- Cancer de Seno Cancer de Ovario Cancer de Utero OtroCancer(s) Estomacales/Intestinales
- Problemas de Tiroides Problemas de Sangrado Cuagulos en la Sangre Problemas Hereditarios Problemas de Musculo o Collontura
- Condiciones del Igado Dolor de Cabeza o Migrana Convulsiones/Epilepsia Horina Frecuente Dolor al Horina
- Liqueo de Horina al toser o destornudar Horina frecuente o dolorosa Estrenimiento
- Relaciones sexuales dolorosas Dolor con sus periodos Fibromas en la Matriz Infecciones transmitidas sexualmente
- Sirugias Otro: _____

•Por favor describa algun otro : _____

•Esta tomando algun medicamento? Si No Si, esta tomando favor listelos abajo y la dosis.

•Es alergica a algun medicamento? Si No Favor de listarlos.

•Alguien en su familia tiene o a tenido algo de lo siguiente (Si no esta especifique en la linea y quien).

- Cancer de Seno Cancer de Ovario Cancer de Utero Cancer de Matriz Cancer de Estomago
- OtroCancer(s) Preción Alta Paralisis Cerebral Diabetes Ataque del Corazón
- Condiciones del Corazón Problemas de Sangrado Cuagulos en la Sangre

•Tiene un doctor primario o familiar? Si No Si, listelo abajo, por favor.

Nombre / Dirección/ Telefono: _____