

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Dirección: _____
 Corre electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO

Fecha de último periodo: _____ Tiempo de duración: _____ Edad a la que tuvo el primer periodo: _____
 ¿Sus periodos son regulares? _____ ¿Cuántos días transcurren entre sus periodos? _____
 ¿Tiene algún sangrado entre sus periodos? _____ ¿Sufre malestares (dolor) durante sus periodos? _____
 ¿Utiliza métodos anticonceptivos? _____ De ser así, favor de describir que tipo: _____
 ¿Sus periodos son regulares? _____ ¿Cuántos días transcurren entre sus periodos? _____
 ¿Sufre de flujo vaginal? _____ ¿Tiene algún problema con el paso de orina? _____
 ¿Tiene problemas con sus intestinos? _____ En caso afirmativo, favor de explicar: _____
 ¿Aún tiene periodos? _____ ¿sufre usted de síntomas de menopausia? _____
 De ser así, esta actualmente llevando una terapia de reemplazo? _____

HISTORIAL DE OBSTETRICIA

Numero de embarazos: _____ Fecha: _____ Numero de interrupciones de embarazo: _____ Fecha: _____
 ¿Sospecha de abortos involuntarios? _____ Numero de abortos involuntarios: _____ Fecha: _____
 ¿Numero de hijos? _____ De la actual relación? _____ ¿De la relación previa? _____

HIJOS

Sexo	Fecha de nacimiento	Complicaciones (gestacionales)	Altura / peso

HISTORIAL MÉDICO

¿Sufre usted de alergias? _____ De así, explique por favor: _____

¿Actualmente tiene condición médica? _____ Esta recibiendo actualmente alguna medicación? _____

De prescripción medica/fuera de ella: _____ Medicamento: _____ Fecha: _____

¿Ha tenido alguna hospitalización por alguna causa o condición medica?: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? De ser así, favor de explicarlas:

HISTORIAL FAMILIAR:

¿Existe alguna especificación o condición medica en su familia?

- Problemas de corazón: _____
- Problemas (desordenes) sanguíneos: _____
- Problemas respiratorios: _____
- Desordenes gastrointestinales: _____
- Metabólicos/ Endocrinólogos: _____
- Desordenes urinarios: _____
- Problemas con la piel: _____
- Problemas en genitales: _____
- Problemas/ dificultades reproductivos: _____
- Enfermedades mentales: _____
- Neurológicas: _____
- Músculos/ huesos/articulaciones: _____
- Sentidos: vista/ oído/ olfato: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿A qué se dedica? _____

¿Usted fuma? _____ Si así es, ¿cuantos cigarrillos fuma al día? _____

¿Toma alcohol? _____ De ser así, ¿con qué regularidad lo hace? _____

MUCHAS GRACIAS.
PRONTO ESTAREMOS EN CONTACTO.