

Cuestionario de Salud Ginecológica

Nombre Del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Identificación de Genero/Pronombre Preferido _____

Medicamentos Actuales (Incluya la cantidad/dosis por día)

Medicamento	Dosis/Cantidad	Frecuencia

Historial Medico

 Marque todo lo que corresponda a usted o: Ninguno

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> VIH+ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado (Incluyendo la hepatitis) | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Trastornos De Alimentacion |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía (enfermedad del corazón) | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Ansiedad o Depresion |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía (Enfermedad crónica de los riñones) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Calculos Biliares (piedras en la vesicula biliar) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cancer Tipo: _____ |

Alergias a Medicamentos

 ¿Tiene alergia algun medicamento? Si No

 Si su respuesta es sí, Indique los medicamentos y la reaccion: _____

Historial De Prueba de Papanicolaou/Mamografía

 ¿Ha tenido una prueba de papanicolaou anormal? Si No

Fecha de la ultima prueba de papanicolaou _____

 ¿Ha recibido tratamiento por una prueba de papanicolaou anormal? Si No

 Si su respuesta es sí, que tipo de tratamiento? Crioterapia Biopsia de Cono

 LEEP (procedimiento que se lleva a cabo para extraer tejido anormal del cuello uterino)

Año de tratamiento _____

 Fecha de la última mamografía _____ ¿Ha tenido una mamografía anormal? Si No

(mes/año) _____

Historial menstrual

Edad del primer periodo menstrual _____ Edad de la menopausia _____ Primer día de la última menstruación _____

Si sus períodos menstruales son regulares; los períodos comienzan cada _____ días

Si sus períodos menstruales son irregulares; los períodos comienzan cada _____ a _____ días (por ejemplo, 12 a 60)

 Duración del sangrado _____ días Flujo es Pesado Regular Ligero

 ¿Tiene Dolor Con Su Periodo Si No Ocasionalmente

 Si su respuesta es Sí, ¿es Antes de la menstruación Durante la menstruación Ambos

Historial De Embarazo (todos los embarazos) Incluyendo abortos, abortos espontáneos y embarazos ectópicos (tubáricos).

Nunca he estado embarazada

Año	Ubicacion	Duración Del Embarazo	Tipo de Parto (Cesaria/Vaginal)	Complicaciones (Madre/Bebe)	Sexo (Niño/Niña)	Peso De Nacimiento

Historial De Metodos Anticonceptivos

¿Qué método anticonceptivo?(s) ¿Utiliza usted actualmente (incluida la vasectomía)? _____

Historia Sexual/Ginecológica

¿Tiene pareja sexual? Si No

Si es sí, ¿es?: Hombre Mujer Ambos

Por favor marque cualquiera que corresponda Ninguno

- Herpes-genital Sífilis Enfermedad inflamatoria pélvica Infecciones vaginales Endometriosis
 Clamidia Gonorrea Abuso sexual VPH Otro _____

Cirugías Obstétricas/Ginecológicas Anteriores

Marque todo lo que corresponda o: Ninguno

Cirugía	Año	Cirugía	Año
<input type="checkbox"/> Dilatación y Curetaje (D&C)	_____	<input type="checkbox"/> Miomectomía (eliminacion de fibromas)	_____
<input type="checkbox"/> Histeroscopia	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía Ovárica	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de infertilidad	_____	<input type="checkbox"/> Ovario izquierdo eliminado	_____
<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	_____	<input type="checkbox"/> Ovario derecho eliminado	_____
<input type="checkbox"/> Laparoscopia	_____	<input type="checkbox"/> Reparación vaginal o de vejiga por prolapso o incontinencia	_____
<input type="checkbox"/> Histerectomía (vaginal)	_____	<input type="checkbox"/> Cesárea	_____
<input type="checkbox"/> Histerectomía (abdominal)	_____	<input type="checkbox"/> Otro _____	_____

Historial de Cirugías pasadas (no obstétrico/ginecológico)

Por favor escriba todas las cirugías y el año o: Ninguna

Año

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial Medico Familiar

¿Tiene antecedentes familiares de lo siguiente? *Si su respuesta es Sí, por favor indique qué miembro de la familia.*

	Miembro De la Familia		Miembro De la Familia
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer uterino	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	_____
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer de ovaries	_____		
<input type="checkbox"/> Otros antecedentes familiares:	_____		

Historial Social

Estado Civil Soltera(o) Casada(o) Relación de largo plazo Divorciada(o) Viuda

Razón de la Visita _____

Doctor De Atención Primaria _____

Ocupación _____

¿Usted Actualmente?

Fuma o vapea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es sí, ¿número de paquetes por día?	_____
Consume Marihuana	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es sí, ¿Cuánto y con qué frecuencia?	_____
Consume Alcohol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es sí, ¿Cuánto y con qué frecuencia?	_____
Usa Drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es sí, ¿Cuánto y con qué frecuencia?	_____

Cuidados Preventivos

¿Cuándo fue su último?

	Fecha		Fecha	Fecha
Colonoscopia	_____	Vacuna Contra la Influenza (Flu)	_____	Vacuna Gardasil (VPH) _____
Exploración DEXA (Densidad Osea)	_____	Vacuna Tdap (tetanos, difteria, tos ferina)	_____	Vacuna Culebrilla _____
Laboratorios	_____	Vacuna Contra la Neumonía	_____	Vacuna De COVID _____

DETÉNGASE aquí si no está embarazada

Si actualmente está embarazada o planea quedar embarazada en un futuro próximo, continúe.

Historial genética

¿Alguna vez usted o/el padre del bebe se han sometido a pruebas de detección de portadores genéticos? Si No

¿Es usted o/el padre son italiano, griego, mediterráneo, asiático, afroamericano o judío asquenazí? Si No

¿Está usted y el padre relacionados por sangre? Si No

¿Tiene usted o el padre antecedentes familiares de algún trastorno genético o cromosómico? Si No

Si su respuesta es sí, ¿qué trastornos y cuáles son las relaciones con usted/el padre? _____