

Fecha: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Cual es la razon por su visita hoy?	Chequear ---> <input checked="" type="checkbox"/> Papanicolau
_____	<input type="checkbox"/> Examen de senos
_____	<input type="checkbox"/> Mamograma
_____	<input type="checkbox"/> Anticonceptivos
_____	<input type="checkbox"/> Infeccion Vaginal

<b>Historia de Embarazo</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Nunca Embarazada</b>	G _____ P _____
Cuantas veces a estado en embarazo? _____	Cuantos perdidas espontaneas a tenido? _____	
Cuantos hijos a dado a luz? _____	Cuantos abortos provocados a tenido? _____	
Cuantos nacieron de 9 meses? _____	Cuantos hijos estan vivos ahora? _____	
Cuantos fueron prematuros? _____	Cuantos gemelos? _____	
Parto Normal _____	Parto Cesaria _____	

<b>Historia de Ginecologia y Menstrual</b>	
Cual es el <b>primer dia</b> de su ultima menstruacion? _____	Menstrua(va) Mensualmente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A los cuantos años <b>empezo</b> a menstruar ? _____	Cuantos dias menstrua: _____ dias
A los cuantos años <b>dejo</b> de menstruar ? _____	Todabia menstruo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quando fue su <b>ultimo</b> papanicolau? (Aproximadamente) _____	
Mi ultimo papanicolau fue <input type="checkbox"/> Nunca hecho <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Adonde _____
Alguna vez as tenidos <b>papanicolaus anormales</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Quando fue su <b>ultimo</b> mammograma? (Aproximadamente) _____	
Mi ultimo mammograma fue: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Nunca hecho
As tenido alguna de estas infecciones or venerias en el pasado?	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Nunca</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Vaginosis Bacterial <input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Clamidia	<input type="checkbox"/> Sifilis <input type="checkbox"/> Virus de Papiloma Humano
<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Herpes (fuegos) <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Genital
Cuantas parejas a tenido en su vida? _____ (opcional)	
Presentemente tiene pareja? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Que metodo anticonceptivo usa?	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ninguno</b>	<input type="checkbox"/> Depo-Provera/injeccion <input type="checkbox"/> Dispositivo/DIU
<input type="checkbox"/> Espermicida	<input type="checkbox"/> Pastillas Anticoceptivas <input type="checkbox"/> de 5 años
<input type="checkbox"/> Amarraron los tubos/Ligaron	<input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> de 10 años
<input type="checkbox"/> El ritmo/ planificacion natural	<input type="checkbox"/> Sacar antes de eyaculacion
<input type="checkbox"/> Me sacaron la matriz	<input type="checkbox"/> Parches
<input type="checkbox"/> Vasectomia (marido se arreglo)	<input type="checkbox"/> Aro

<b>MI Historia Medica</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO tengo problemas medicos diagnosticados</b>
<input type="checkbox"/> Cancer: <input type="checkbox"/> Seno	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Ovario	<input type="checkbox"/> Pression Alta
<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon
<input type="checkbox"/> Utero	<input type="checkbox"/> Cholesterol alto
<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Thyroide Alta / Baja
<input type="checkbox"/> Quimoterapia	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Radiacion	<input type="checkbox"/> Ataques epilepticos
<input type="checkbox"/> Cuagulos Adonde: _____	<input type="checkbox"/> Osteopenia/ Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Depression
	<input type="checkbox"/> Ansiedad
	<input type="checkbox"/> Problemas Siquiatricos
	<input type="checkbox"/> Periodos Irregulares
	<input type="checkbox"/> Inflamacion pelvica
	<input type="checkbox"/> Papanicolao abnormal
	<input type="checkbox"/> Perdida de control de orina
	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
	<input type="checkbox"/> Resequedad vaginal/Piquiña
	<input type="checkbox"/> Frecuente infecciones vaginales
	<input type="checkbox"/> Fibromas/Myomas
	<input type="checkbox"/> Senos fibrocysticos
	<input type="checkbox"/> Flujo en los Senos
	<input type="checkbox"/> Ronco

Holistic Ob/Gyn

1700 Route 3 West, Clifton, NJ 07013;

141 Passaic Avenue, Passaic NJ 07055

<b>MI Historia de Cirugia</b> <input type="checkbox"/> Amarraron las trompas <input type="checkbox"/> Cesaria Cuantas? _____ <input type="checkbox"/> Sacaron la matriz? Cuando? _____ <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Razon _____ <input type="checkbox"/> Removieron Fibromas/Myomas <input type="checkbox"/> Removieron Ovarios <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> La Vejiga <input type="checkbox"/> La boca de la matriz/cervix <input type="checkbox"/> Cryotherapia (Congelar) <input type="checkbox"/> LEEP (Alambre caliente) <input type="checkbox"/> Conizacion (cortar con cuchillo)	<b><input type="checkbox"/> Nunca e tenido Cirugia</b> <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Raspado (C&D) <input type="checkbox"/> Revisar el utero (histeroscopia) <input type="checkbox"/> Ablacion de la matriz <input type="checkbox"/> Removieron tumors de seno <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Benigno <input type="checkbox"/> Maligno <input type="checkbox"/> Removieron el/los senos (Mastectomia) <input type="checkbox"/> Implantes de seno o Reduccion de senos <input type="checkbox"/> Remover admigdalas <input type="checkbox"/> Reparacion de hernia umbilical <input type="checkbox"/> Abdominoplastia	<input type="checkbox"/> Thiroide <input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Estomago <input type="checkbox"/> Pulmon <input type="checkbox"/> Vesicula <input type="checkbox"/> Sacaron la apendice <input type="checkbox"/> Sacaron el Vaso <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Hemorroide <input type="checkbox"/> Espina dorsal <input type="checkbox"/> Otra _____
---	--	--

<input type="checkbox"/> Ha tenido Colonoscopia? Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Nunca hecho
<input type="checkbox"/> Ha tenido revision de huesos? _____	Tiene: <input type="checkbox"/> Osteopenia <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Nunca hecho

<b>Historia de mi Familia</b> <input type="checkbox"/> Cancer: <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Utero <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pression Alta <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Asthma _____ <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Problemas Siquiatras <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Thyroide <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Osteopenia <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Ninguna
---	----------------------------------

<b>Historia Social</b> Fuma tabaco/cigarillos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Cuantos? _____ Bebes Alcohol: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Cuantos? _____ Cual droga ilicita o ilegal ha usado: <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Morfina, Heroina <input type="checkbox"/> Cocaina, Crack <input type="checkbox"/> Metamfetamina <input type="checkbox"/> Otras: _____
---

<b>Medicamentos, Vitamins /o Suplementos naturales</b> <input checked="" type="checkbox"/> No tomo ninguno _____ <b>Alergias a Medicamentos, Comidas:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna _____ <b>Alergia al Latex/Caucho</b> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI
---

<b>Abuso:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Recibi consejeria <input type="checkbox"/> Me siento segura
--

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Obstetrix: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Holistic Ob/Gyn***

*1700 Route 3 West, Clifton, NJ 07013;*

*141 Passaic Avenue, Passaic NJ 07055*