

NOMBRE: _____

FECHA: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____

DERIVADA POR: _____

| | | | |
|------------------------|--------------------------------|----------------|---|
| <u>FECHA</u> | | | |
| Último período: | <input type="checkbox"/> Nunca | ____/____/____ | ¿Aceptaría una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Último Pap: | <input type="checkbox"/> Nunca | ____/____/____ | ¿Tiene alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Última mamografía: | <input type="checkbox"/> Nunca | ____/____/____ | Sí: _____ |
| Última colonoscopia: | <input type="checkbox"/> Nunca | ____/____/____ | MOTIVO DE LA VISITA: <input type="checkbox"/> Examen anual y/o |
| Última densitom. ósea: | <input type="checkbox"/> Nunca | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Problema: _____ |

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

N.º de embarazos: _____ N.º de hijos: _____ N.º de hijos adoptados _____

Partos: N.º de vaginales _____ N.º de cesáreas _____ N.º de abortos espont. _____ N.º de abortos _____ N.º ectópicos _____

| ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS | SÍ | NO | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| ¿Sus períodos son regulares, uno por mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez fue sexualmente activa? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene calambres con sus períodos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es sexualmente activa en la actualidad? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Sangrado entre un período y el otro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Su pareja es <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer | |
| ¿Períodos excesivamente abundantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna pareja sexual nueva en el último año? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor durante las relaciones sexuales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tuvo más de una pareja sexual durante el último año? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene antecedentes de lo siguiente?: | | | | |
| Fibromas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Anticonceptivos actuales? | <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> condones |
| Quistes ováricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> pastillas <input type="checkbox"/> depo provera | <input type="checkbox"/> parche |
| Endometriosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> anillo vaginal <input type="checkbox"/> diafragma | <input type="checkbox"/> DIU |
| Enfermedad mamaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Implanon <input type="checkbox"/> ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> vasectomía |
| ¿Se vacunó contra el VPH? (Gardasil o Cervarix) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|--|--------------------------|--|---|
| <i>Indique si alguna vez la trataron por alguna de las siguientes infecciones:</i> | | SÍ | NO |
| Infección vaginal bacteriana/BV/Vaginosis | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez tuvo un resultado anormal en el Pap? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tricomonas | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo? _____ (dentro de los 3 años = riesgo elevado) | |
| Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> | ¿Pasaron más de 7 años desde su último Pap? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gonorrea | <input type="checkbox"/> | ¿Comenzó su actividad sexual antes de cumplir los 16 años? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Clamidias | <input type="checkbox"/> | ¿Tuvo más de 5 parejas sexuales en su vida? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sífilis | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez le diagnosticaron VIH? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Herpes | <input type="checkbox"/> | ¿Su madre tomó el medicamento DES mientras estuvo embarazada de usted? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| PROBLEMAS MÉDICOS | SÍ | NO | PROBLEMAS MÉDICOS | SÍ | NO |
|---|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques/convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos/soplo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problemas intestinales/síndrome de intestino irritable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo: _____ | | | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo: _____ | | | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección/cálculos renales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coágulos sanguíneos en las venas/arterias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | | |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | | |
| | | | Otras _____ | | |

| OPERACIONES | SÍ | NO | FECHA | SÍ | NO | FECHA |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cesárea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Histerectomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Cirugía de ovarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laparoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Cirugía de vejiga/prolapso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Histeroscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Biopsia de cono/LEEP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extirpación de fibroma uter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Apendicectomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ablación uterina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Extirpación de vesíc. biliar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Embolización de fibroma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Biopsia/cirugía mamaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Otra cirugía/hospitalización: _____ | | |

| ANTECEDENTES FAMILIARES | SÍ | NO | ¿QUIÉN? | SÍ | NO | ¿QUIÉN? |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de ovario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de útero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coágulo sanguíneo que requiera anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Antes de los 50? | Otro: _____ | | |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Antes de los 50? | | | |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ANTECEDENTES SOCIALES | SÍ | NO | | SÍ | NO | |
| ¿Fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ¿Hace actividad física regularmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ¿Su dieta es de algo contenido graso/de azúcar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N.º promedio de copas por día _____ | | | | ¿Usa cinturón de seguridad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Consume drogas recreativas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ¿Se siente segura en su hogar/con su relación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: *marque si se aplica alguno de los siguientes actualmente:*

| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|---|
| CONSTITUCIONAL | Pérdida de peso <input type="checkbox"/> | OSTEOMUSCULAR | Debilidad muscular <input type="checkbox"/> |
| | Aumento de peso <input type="checkbox"/> | | Dolor muscular/articular <input type="checkbox"/> |
| | Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> | | |
| | Fiebre <input type="checkbox"/> | | |
| | Fatiga <input type="checkbox"/> | | |
| OJOS | Manchas delante de los ojos <input type="checkbox"/> | PIEL/MAMAS | Dolor en los senos <input type="checkbox"/> |
| | Cambios en la visión <input type="checkbox"/> | | Bulto en el seno <input type="checkbox"/> |
| | | | Supuración de los pezones <input type="checkbox"/> |
| | | | Cambios en la piel <input type="checkbox"/> |
| NARIZ-GARGANTA-OÍDOS/BOCA | Problemas de oídos <input type="checkbox"/> | NEUROLÓGICO | Mareos <input type="checkbox"/> |
| | Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> | | Entumecimiento en brazos/piernas <input type="checkbox"/> |
| | Problemas sinusales <input type="checkbox"/> | | |
| CARDIOVASCULAR | Dolor de pecho <input type="checkbox"/> | PSIQUIÁTRICO | Depresión o ansiedad <input type="checkbox"/> |
| | Palpitaciones/arritmias <input type="checkbox"/> | | |
| RESPIRATORIO | Sibilancia <input type="checkbox"/> | ENDÓCRINO | Intolerancia al frío/calor <input type="checkbox"/> |
| | Falta de aire <input type="checkbox"/> | | Sed anormal <input type="checkbox"/> |
| | | | Rubores <input type="checkbox"/> |
| GASTROINTESTINAL | Diarrea o constipación <input type="checkbox"/> | HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO | Hematomas frecuentes <input type="checkbox"/> |
| | Sangre en las heces <input type="checkbox"/> | | No para de sangrar al cortarse <input type="checkbox"/> |
| | Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> | | Agrandamiento de ganglios linfáticos/glándulas <input type="checkbox"/> |
| GENITOURINARIO | Dolor al orinar <input type="checkbox"/> | MEDICACIONES: | NINGUNA <input type="checkbox"/> |
| | Frecuencia/urgencia urinaria <input type="checkbox"/> | | |
| | Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> | | |
| | Períodos abundantes <input type="checkbox"/> | | |
| | Períodos irregulares <input type="checkbox"/> | | |
| | Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> | | |
| | Dolor pélvico <input type="checkbox"/> | | |
| | Dolor en las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> | | |
| | Picazón/ardor vaginal <input type="checkbox"/> | | |
| | Pérdidas anormales <input type="checkbox"/> | | |

FIRMA DE LA PACIENTE: _____

FECHA: _____

Lea las siguientes 3 declaraciones y coloque sus iniciales en cada una:

Entiendo que Atlanta GYN & OB, PC no les factura a sus pacientes por las visitas al consultorio o los copagos. El pago debe efectivizarse en el momento de la visita. **Iniciales:** _____

Entiendo que me cobrarán un arancel de cancelación si cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación. Si falto a una cita sin previo aviso, se me aplicará el arancel por falta de presentación que debe ser pagado antes de mi siguiente cita. **Iniciales:** _____

Me han entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Atlanta GYN & OB, PC para que lo lea. (Si no hubiera recibido dicha copia, contáctese con la recepcionista para que se la entregue). **Iniciales:** _____