

Manatee Gynecology

Papeleo Para Pacientes Nuevos

P: 941-792-4993 | F: 941-795-2905

Nombre del Paciente (Ultima, Primera): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos Actuales / Suplementos / Cremas

Enumere todos los medicamentos, suplementos, cremas, junto con toda la información detallada a continuación:

Nombre del Medicamento	Dosis	Ruta	Frecuencia	Fecha de Inicio	Indicacion

Historial Medico

Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones médicas:

<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Ataque	<input type="checkbox"/> Osteopenia / Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovarios	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Desorden Sangrante	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Uterino	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Trastorno de la Coagulación	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Cuello Uterino	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Hipo/Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Migrana	<input type="checkbox"/> Otra _____

Alergias

Enumere todas las alergias a medicamentos, látex, alimentos y tintes de rayos X:

Alergeno	Reaccion

Nombre del Paciente (Ultima, Primera): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia de la Cirugía / Hospitalizaciones

Cirugía / Procedimiento / Hospitalización	Razon	Año

Historia Familiar:

Indique a continuación según corresponda y la edad de inicio se está relacionado con el cáncer:

Si es adoptado o se desconoce el historial, marque esta casilla.

	Cancer de Mama	Cancer de Ovarios	Cancer de Uterino	Cancer de Colon	Osteoporosis	Disorden Sangrante	Trastorno de la Coagulación	Problema de Tiroides	Cardiopatía o Ataque	Diabetes	Hipertension
Madre											
Padre											
Abuela (M)											
Abuelo (M)											
Abuela (P)											
Abuelo (P)											
Tia (M)											
Tio (M)											
Tia (P)											
Tio (P)											
Hermana /o											
Nina/o											
Otra:											

Nombre del Paciente (Ultima, Primera): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Social:

Por favor marque:

Fuma usted? Si Cuanta? _____ No Nunca Anterior Dejar (ano): _____
Bebes Alcohol? No Si Cuanta? (# o Bebidas) _____ Diaria Semanalmente Mensual Casi Nunca
Usas Drogas Ilícitas? No Si Que Droga? _____
Bebes cafeina? No Si Cuantas tazas por día? _____
Hacer ejercicio? No Si A que te dedicas? _____ Con que frecuencia? _____
Estado Civil Soltera Casada Divorciada Viuda
Ocupacion Actualmente Trabajando Jubilada Trabajo: _____
Usas cinturón de seguridad? Si No

Historia Ginecológica:

Fecha de la última mamografía: _____ Resultado: _____ Donde se hizo? _____
Antecedentes de mamografía anormal? No Si Si si que hiciste? US de mama MRI Biopsia Referencia quirúrgica
Ultima Colonoscopia/Fecha Cologuard: _____ Resultados: _____ Cuando deberías volver? Cada 3 5 7 10 Anos
Ultima Fecha de Densidad Ósea: _____ Resultados: Normal Osteopenia Osteoporosis
Última Fecha de Ultrasonido Pélvico: _____ Motivo de la Ultrasonido: _____ Resultados: _____
Ultima Fecha de Papanicolaou: _____ Resultados: _____
Ultima Fecha de Prueba de HPV: _____ Resultados: Positiva Negativa
Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? No Si En caso afirmativo, se realizó una colposcopia? Si No
Si te hiciste una colposcopia, cuál fue el resultado? _____
Te has puesto la vacuna Gardasil? No Si En caso afirmativo, ¿completaste la serie? No Si
Ha estado expuesto al DES? Si No
Eres sexualmente activa? No Si Desde que año? _____
Ha tenido una nueva pareja sexual en el último año?
Cual es su método anticonceptivo actual?
Ninguna Abstinencia Ritmo Condones Pastillas Parche Anillo Inyeccion Diafragma
Nexplanon IUD - Hormonal Paragard IUD Essure Ligadura de trompas Vasectomia Histerectomia
Tenga en cuenta cualquier metodo anticonceptivo que no tolero: _____
Si te han hecho una histerectomía, para que fue? _____
Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual? No Si En caso afirmativo, por favor enumere: _____
Edad del primer periodo: _____ Fecha de la ultima menstruacion: _____
Ciclo menstrual base: Regular Irregular El periodo viene cada # _____ Días
Describe tu flujo menstrual: Ligera Moderada Pesada Calambre: Con Sin
Cuanto duran tus periodos? # Días _____
Tiene sangrado entra sus periodos? Si No
Sangras con el coito? Si No
Edad de la menopausia: _____
Ha usado alguna vez terapia de reemplazo hormonal? No Si Por cuantos años? _____
Alguna vez te han dicho que tienes:
Fibromas Quiste de Ovario Endometriosis PCOS Suelo pelvico Hipertonico Esterilidad

Nombre del Paciente (Ultima, Primera): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Obstetrica:

	Numero	Detalles
Embarazos Totales		
A Termino		Vaginal / Seccion C / Pinzas / Vacio
Prematura		Vaginal / Seccion C / Pinzas / Vacio
Aborto Espontaneo		Dilatación y Legrado
Termination Electiva		Medico / Quirurgia
Ectopico		Derecha / Izquierda / Medico / Quirurgia
Numero de Ninas Vivas		
Gestaciones Multiples		Mellizas / Trillizas
Complicaciones		

Otro:

Por favor indique su preferida (Nombre, Ubicacion, Numero de Telefono):

Farmacia (Local): _____

Farmacia (Pedido por Correo): _____

Laboratorio: _____

Centro de Imagenes: _____

Proporcione el nombre y apellido de sus proveedores actuales:

Atencion Primaria: _____

Urologa: _____

Gastroenterologa: _____

Dermatologa: _____

Cardiologa: _____

Cirujana: _____

Oncologa: _____

Hematologa: _____

Otra: _____

Otra: _____

Firma del Paciente

Firma del Paciente

Fecha