

Patient Information Record (Females)/Historial Médico (Mujeres)

Nombre: _____

Motivo de la visita: _____

Problemas de la Salud (del pasado y actuales): _____

Medicamentos y Suplementos: _____

¿Alergias? (a medicamentos, látex, contraste intravenoso u otra): _____

Cirugías y Hospitalizaciones (tipo y fechas): _____

Último ciclo menstrual _____ ¿Tiene Ud. ciclos menstruales regulares? Sí/No

¿Ha atravesado por la menopausia? Sí/No Si es así, ¿ha tenido sangrado después de la menopausia? Sí/No

¿Ha tenido sangrado intermenstrual o sangrado vaginal profuso? Sí/No Si es así, por favor explique:

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos abortos naturales ha tenido? _____

Por favor, liste las fechas de sus partos, el modo de cada parto (vaginal o cesárea) y el peso al nacer: _____

Su ocupación: _____ Estado civil _____

¿Fuma? Sí/No ¿Ha fumado alguna vez? Sí/No Si es así, ¿cuándo se dejó de fumar? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí/No Si es así, ¿cuántas bebidas toma a la semana? _____

¿Usa drogas recreativas? Sí/No Si es así, ¿qué tipo? _____

Entre sus padres y sus hermanos, ¿cuáles son sus problemas de la salud? Indique las enfermedades y quien las tiene:

¿Cuántas bebidas con cafeína toma cada día? Incluya café, té y soda: _____

Idioma: inglés español francés Otro idioma: _____

Raza: blanca negra o africo-americana nativa de América del Norte Otra: _____

Origen étnico: hispana o latina no hispana o latina Altura: ____ pies ____ pulgadas Peso: ____ libras

Farmacia preferida y Su dirección: _____

Firma _____ Fecha _____