

De acuerdo a las leyes de Hipaa y respetando su privacidad por favor llene este formulario y se lo da a su enfermera.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Altura (Height): _____ pies _____ pulgadas

Razón por su cita: _____

Medicamentos: (incluya todos recetados aquí y por otros médicos y cualquier vitamina): _____

Alergias a Medicamentos _____ (Allergies)

Historial Reproductivo:

¿Cuántos años tenía cuando le vino su primer periodo? _____ años (menarche)

¿Cada cuánto días le llega? (Ej.: 28 días) _____ (how often)

¿Cuántos días le dura el sangrado? (Ej. 7 días) _____ (how long does it last)

¿Cuándo fue el PRIMER día de su último periodo? ____/____/____ (LMP)

Cuál es su método anticonceptivo (si no lo puso como medicamento) _____

¿Cuántos veces ha estado embarazada? (Incluyendo cualquier pérdida o aborto) _____ (G)

¿Cuántos embarazos llegaron a término? (36-40 semanas) _____ (T)

¿Cuántos fueron antes de las 35 semanas? (20-35 semanas) _____ (P)

¿Cuántos abortos? _____ (Ab)

¿Cuántas perdidas? _____ (SAB)

¿Cuántos ectópicos? _____ (ectopic)

¿Cuántos embarazos fueron múltiples? (ex: 1 embarazo con gemelos) _____ (Múltiples)

¿Cuántos están vivos? _____ (Living)

Por favor haga lista de todos sus embarazos incluyendo cualquier pérdida o aborto?

Fecha de nacimiento	Edad Gestacional	Masculino/Femenino/N/A	Vaginal, cesárea, o parto vaginal después de la cesárea?	Aborto o Pérdida
Ej.: 02/12/2011	40 semanas	Femenino	Vaginal	
1				
2				
3				
4				
5				

Historial Social:

Usted fuma cigarrillos o usa productos de tabaco?

Si respondió si cuántos fuma al día?

Fecha del último Mamograma: _____ Normal?

Papanicolaou: _____ Normal?