

Siguiendo las leyes de privacidad de HIPAA, por favor complete esta forma y entréguesela a su enfermera- ¡Gracias!

Nombre Completo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Altura: _____ pies _____ pulgadas

Razón de su visita hoy: _____

1-Medicamentos: (incluyendo los recetados por otros médicos, vitaminas, y suplementos)

2-Alergias a medicamentos (incluyendo Látex)

3-Historial Reproductivo:

- ¿Está usted en la menopausia?
- ¿A qué edad entro en la menopausia? _____ (AGE AT MP)
- ¿Si no es menopaúsica, Cuando fue el PRIMER día su último periodo? ____/____/____ (LMP)

4-Sobres sus embarazos (si no ha estado embarazada no hace falta completar esta sección):

- ¿Cuántas veces ha estado embarazada incluyendo perdidas y abortos? _____ (G)
- ¿Cuántos partos fueron entre semana 36 y 40? _____ (T)
- ¿Cuántas perdidas? _____ (SAB) Cuantos abortos? _____ (AB)
- ¿Cuántos embarazos ectópicos? _____ (ECTOPIC)
- ¿Cuántos embarazos múltiples? (ej: mellizos) _____ (MULTI)
- ¿Cuántos hijos viven? _____ (LIVING)

5-Fecha de su último Papanicolau: _____ Normal?

6-Fecha de su último mamograma: _____ Normal?

7-Fecha de su última colonoscopia: _____ Normal?

8-Fecha de su última densidad de huesos (Dexa) _____ Normal?

9- Usted usa/ha usado productos de tabaco?

Aun usa los productos de tabaco?

Cuantos productos de tabaco usa al día? _____