

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)

---

---

---

8-Historial Reproductivo:

- ¿A qué edad le vino su primer periodo? \_\_\_\_\_
- ¿Cada cuantos días le llega su periodo? (Ej.: 28 días) \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos días dura su periodo? (Ej. 7 días) \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo fue el PRIMER día de su último periodo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ¿Qué método anticonceptivo usa? \_\_\_\_\_

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

- ¿Cuántas veces ha estado embarazada incluyendo perdidas y abortos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos partos fueron entre semana 36 y 40? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas perdidas? \_\_\_\_\_ Cuantos abortos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos embarazos ectópicos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos embarazos múltiples? (ej. mellizos) \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos hijos viven? \_\_\_\_\_

*Complete con detalles de sus embarazos incluyendo pérdidas y abortos:*

Fecha de Nacimiento	Edad Gestacional	Masculino o Femenino	Vaginal/Cesárea/ Vaginal después de Cesárea	Perdida o Aborto
Ex. 02/12/2011	40 weeks	Female	vaginal	
1				
2				
3				
4				
5				

3- Usted usa productos de tabaco? \_\_\_\_\_ Cuantos productos de tabaco fuma al día? \_\_\_\_\_

4- Fecha de su último Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Normal?

5- Fecha de su último mamograma: \_\_\_\_\_ Normal?

6- Gardasil (vacuna contra el HPV)

¿Ha recibido la vacuna Gardasil?

- ¿Si ha recibido Gardasil, cuantas dosis? \_\_\_\_\_  
Fechas de cada dosis (si se acuerda si no el año): \_\_\_\_\_