[ALL GYN/PP ESP]

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

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

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:

- ¿Cuándo fue el PRIMER día de su último periodo? _____ (LMP)
- ¿Qué método anticonceptivo usa? _____ (BCM)
- ¿Está usted en la menopausia? No
  - ¿A qué edad entro en la menopausia? _____ (AGE AT MP)

3- Usted fuma? No **Cuantos productos de tabaco fuma al día?** _____

4- Fecha de su último Papanicolaou: _____ Normal? Si

5- Fecha de su último mamograma: _____ Normal? Si

6- Fecha de su última colonoscopia: _____ Normal? Si

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

8- Gardasil (vacuna contra el HPV)
¿Ha recibido la vacuna Gardasil? Si

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

9-SI ESTA AQUÍ PARA SU VISITA DE POST PARTO, COMPLETE ESTA AREA POR FAVOR:

Fecha de nacimiento	Edad Gestacional	Peso (bebe)	M/F	Vaginal, cesárea, o parto vaginal después de cesárea	Nombre de su bebe	Médico	¿Está dando pecho?
			N/A	Vaginal		Escoja	N/A
			N/A				