

PACIENTE / Patient: _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS / GYNECOLOGIC HISTORY

PRIMER DÍA DEL ÚLTIMO PERÍODO: / / / FIRST DAY OF LAST PERIOD: / /	¿PERCIBIÓ ALGÚN CAMBIO RECIENTE EN SU PERÍODO? / ANY RECENT CHANGES IN PERIOD?
¿ES SEXUALMENTE ACTIVA? / ARE YOU SEXUALLY ACTIVE?	¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ALGUNA VEZ? / HAVE YOU EVER HAD SEX?
CANTIDAD DE PAREJAS SEXUALES (DURANTE TODA SU VIDA) / NUMBER OF SEXUAL PARTNERS (LIFETIME):	SUS PAREJAS SEXUALES SON / SEXUAL PARTNERS ARE: HOMBRES / MEN _____ MUJERES / WOMEN _____ AMBOS / BOTH _____
MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: / PRESENT METHOD OF BIRTH CONTROL:	COMENTARIOS DE LA PACIENTE / PATIENT COMMENTS:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / OBSTETRIC HISTORY

	CANTIDAD / NUMBER		CANTIDAD / NUMBER		CANTIDAD / NUMBER
EMBARAZOS / PREGNANCIES		ABORTOS / ABORTIONS		ABORTOS ESPONTÁNEOS / MISCARRIAGES	
PARTOS PREMATUROS / PREMATURE BIRTHS		NACIDOS VIVOS / LIVE BIRTHS		HIJOS VIVOS / LIVING CHILDREN	

PERFIL PERSONAL / OBSTETRIC HISTORY / PERSONAL PROFILE

ORIENTACIÓN SEXUAL / SEXUAL ORIENTATION: HETEROSEXUAL _____ HOMOSEXUAL _____ BISEXUAL _____
ESTADO CIVIL / MARITAL STATUS: CASADA / MARRIED _____ VIVE CON PAREJA / LIVING WITH PARTNER _____ SOLTERA / SINGLE _____ VIUDA / WIDOWED _____ DIVORCIADA / DIVORCED _____
CANTIDAD DE HIJOS VIVOS / NUMBER OF LIVING CHILDREN: _____
TRABAJO ACTUAL O MÁS RECIENTE / CURRENT OR MOST RECENT JOB: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE ENFERMEDAD / PERSONAL PAST HISTORY OF ILLNESS

ENFERMEDADES IMPORTANTES / MAJOR ILLNESSES	SÍ / YES	NO / NO	NO ESTÁ SEGURA / UNSURE	ENFERMEDADES IMPORTANTES / MAJOR ILLNESSES	SÍ / YES	NO / NO	NO ESTÁ SEGURA / UNSURE
ASMA / ASTHMA				VARICELA / CHICKEN POX			
NEUMONÍA / ENFERMEDAD PULMONAR / PNEUMONIA/LUNG DISEASE				HERNIA HIATAL / ÚLCERAS / REFLUJO / HIATAL HERNIA / ULCERS / REFLUX			
INFECCIONES RENALES / PIEDRAS EN EL RIÑÓN / KIDNEY INFECTIONS / STONES				DEPRESIÓN / ANSIEDAD / DEPRESSION / ANXIETY			
TUBERCULOSIS / TUBERCULOSIS				CÁNCER / CANCER			
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL / SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE				CONVULSIONES / EPILEPSIA / SEIZURES / CONVULSIONS / EPILEPSY			
VIH/SIDA / HIV/AIDS				ANEMIA / ANEMIA			

ATAQUE AL CORAZÓN / PROBLEMAS CARDÍACOS / HEART ATTACK / PROBLEMS				TRANSFUSIONES DE SANGRE / BLOOD TRANSFUSIONS			
DIABETES / DIABETES				PROBLEMAS INTESTINALES / BOWEL PROBLEMS			
PRESIÓN ARTERIAL ALTA / HIGH BLOOD PRESSURE				ARTRITIS / DOLOR DE ARTICULACIONES / PROBLEMA DE ESPALDA / ARTHRITIS / JOINT PAIN / BACK PROBLEM			
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR / STROKE				GLAUCOMA / GLAUCOMA			
FIEBRE REUMÁTICA / RHEUMATIC FEVER				CATARATAS / CATARACTS			
COÁGULOS DE SANGRE EN LOS PULMONES O LAS PIERNAS / BLOOD CLOTS IN LUNGS OR LEGS				ENFERMEDAD DE LA TIROIDES / THYROID DISEASE			
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN / EATING DISORDERS				FRACTURAS DE HUESO / BROKEN BONES			
ENFERMEDAD VASCULAR DEL COLÁGENO (LUPUS) / COLLAGEN VASCULAR DISEASE (LUPUS)				HEPATITIS / ICTERICIA / ENFERMEDAD HEPÁTICA / HEPATITIS / YELLOW JAUNDICE / LIVER DISEASE			

ANTECEDENTES SOCIALES / SOCIAL HISTORY	SÍ / YES	NO / NO
¿FUMA? / DO YOU SMOKE? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CANTIDAD DE PAQUETES POR DÍA / IF YES, PACKS PER DAY: AÑOS / YEARS:		
ALCOHOL / ALCOHOL: TRAGOS POR DÍA / DRINKS PER DAY: TRAGOS POR SEMANA / DRINKS PER WEEK:		
USO RECREATIVO DE DROGAS / RECREATIONAL DRUG USE: SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ / IF YES, HOW LONG SINCE LAST USE:		

(PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE) / (PLEASE PROCEED TO NEXT PAGE)

ANTECEDENTES DE LA PACIENTE / PATIENT HISTORY

Texas Health Women's Care

Dra. Rebecca Guinn
Dra. Stephanie Taylor
Dra. Emily Emmet

PACIENTE / PATIENT: _____

FECHA DE NACIMIENTO / BIRTH DATE: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS / REVIEW OF SYSTEMS

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS GENERALES / CONSTITUTIONAL	SÍ / YES	NO / NO	NO ESTÁ SEGURA / UNSURE	GENITOURINARIO (CONTINUACIÓN) / GENITOURINARY CON'T	SÍ / YES	NO / NO	NO ESTÁ SEGURA / UNSURE
PÉRDIDA DE PESO / WEIGHT LOSS				PÉRDIDA DE ORINA INVOLUNTARIA / ACCIDENTAL / INVOLUNTARY / UNINTENDED URINE LOSS			
AUMENTO DE PESO / WEIGHT GAIN				PÉRDIDA DE ORINA AL TOSER O LEVANTAR ALGO / URINE LOSS WHEN COUGHING OR LIFTING			
FATIGA / FATIGUE				SANGRADO ANORMAL / ABNORMAL BLEEDING			
FIEBRE / FEVER				PERÍODOS DOLOROSOS / PAINFUL PERIODS			
CAMBIOS EN LA ALTURA / CHANGE IN HEIGHT				SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM) / PREMENSTRUAL SYNDROME (PMS)			
OJOS / EYES				RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS / PAINFUL INTERCOURSE			
VISIÓN DOBLE / DOUBLE VISION				FIBROMAS / FIBROIDS			
VE MANCHAS FLOTANTES / SPOTS BEFORE EYES				INFERTILIDAD / INFERTILITY			
CAMBIOS EN LA VISIÓN / VISION CHANGE				EXPOSICIÓN A DIETILESTIBESTROL (DES) / DES EXPOSURE			
ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO / GLASSES / CONTACTS				FLUJO VAGINAL ANORMAL / ABNORMAL VAGINAL DISCHARGE			
OÍDO, NARIZ, GARGANTA / EAR, NOSE, THROAT				MUSCULOESQUELÉTICO / MUSCULOSKELETAL			
DOLORES DE OÍDO / EAR ACHES				DEBILIDAD MUSCULAR / MUSCLE WEAKNESS			
ZUMBIDO EN LOS OÍDOS / RINGING IN EARS				DOLOR MUSCULAR O EN ARTICULACIONES / MUSCLE OR JOINT PAIN			
PROBLEMAS DE AUDICIÓN / HEARING PROBLEMS				PIEL / SKIN			
PROBLEMAS DE LOS SENOS PARANASALES / SINUS PROBLEMS				ERUPCIÓN / RASH			
DOLOR DE GARGANTA / SORE THROAT				ÚLCERAS / SORES			
LLAGAS EN LA BOCA / MOUTH SORES				PIEL SECA / DRY SKIN			
PROBLEMAS DENTALES / DENTAL PROBLEMS				LUNARES / MOLES			
CARDIOVASCULAR / CARDIOVASCULAR				MAMAS / BREAST			
RESPIRACIÓN DOLOROSA / PAINFUL BREATHING				DOLOR DE MAMA / PAIN IN BREAST			
DOLOR DE PECHO / CHEST PAIN				SECRECIÓN DEL PEZÓN / NIPPLE DISCHARGE			
DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL HACER ESFUERZOS / DIFFICULTY BREATHING ON EXERTION				BULTOS / LUMPS			
INFLAMACIÓN EN LAS PIERNAS / SWELLING OF LEGS				NEUROLÓGICOS / NEUROLOGIC			
FRECUENCIA CARDÍACA RÁPIDA O IRREGULAR / RAPID OR IRREGULAR HEART RATE				TRASTORNOS GRAVES DE LA MEMORIA / SEVERE MEMORY PROBLEMS			

RESPIRATORIO / RESPIRATORY				CONVULSIONES / SEIZURES			
SIBILANCIAS / WHEEZING				ENTUMECIMIENTO / NUMBNESS			
EXPECTORACIÓN DE SANGRE / SPITTING UP BLOOD				MAREOS / DIZZINESS			
DIFICULTAD PARA RESPIRAR / SHORTNESS OF BREATH				DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O SEVEROS / FREQUENT OR SEVERE HEADACHES			
TOS CRÓNICA / CHRONIC COUGH				DIFICULTAD PARA CAMINAR / TROUBLE WALKING			
GASTROINTESTINAL / GASTROINTESTINAL				PSIQUIÁTRICO / PSYCHIATRIC			
DIARREA FRECUENTE / FREQUENT DIARRHEA				DEPRESIÓN O LLANTO FRECUENTE / DEPRESSION OR FREQUENT CRYING			
HECES CON SANGRE / BLOODY STOOL				ANSIEDAD SEVERA / SEVERE ANXIETY			
NÁUSEAS / VÓMITOS / INDIGESTIÓN / NAUSEA / VOMITTING / INDIGESTION				ENDOCRINO / ENDOCRINE			
ESTREÑIMIENTO / CONSTIPATION				PÉRDIDA DEL CABELLO / HAIR LOSS			
PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE GASES O HECES / INVOLUNTARY LOSS OF GAS OR STOOL				INTOLERANCIA AL FRÍO / CALOR / HEAT / COLD INTOLERANCE			
GENITOURINARIO / GENITOURINARY				SED ANORMAL / ABNORMAL THIRST			
SANGRE EN LA ORINA / BLOOD IN URINE				SOFOCOS / HOT FLASHES			
MICCIÓN DOLOROSA / PAIN WITH URINATION				HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO / HEMATOLOGIC / LYMPHATIC			
MICCIÓN FRECUENTE / FREQUENT URINATION				AL CORTARSE NO DEJA DE SANGRAR / CUTS DO NOT STOP BLEEDING			
EVACUACIÓN INCOMPLETA / INCOMPLETE EMPTYING				HEMATOMAS FRECUENTES / FREQUENT BRUISES			
				GANGLIOS LINFÁTICOS INFLAMADOS (GLÁNDULAS) / ENLARGED LYMPH NODES (GLANDS)			

INDIQUE ALERGIAS A MEDICAMENTOS: / LIST ANY MEDICATION ALLERGIES:	REVISADO POR / REVIEWED BY:	FECHA DE REVISIÓN / DATE REVIEWED:



01252019