



Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#de Seguro social \_\_\_\_\_

#Cuantos embarazos ha tenido \_\_\_\_\_

#de Abortos \_\_\_

ha sido Voluntario \_\_\_

Accidental \_\_\_

#de hijos vivos \_\_\_

Fechas de sus partos	Vaginal	Cesaría
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Primer día de su última menstruación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Duración de su ciclo menstrual \_\_\_\_\_

Total de toallas femeninas que usa al día \_\_\_\_\_

Edad cuando Inicio su menstruación \_\_\_\_\_

Tiene dolor durante su menstruación Si No

Tiene Bello facial excesivo Si describa \_\_\_\_\_

Tiene problema de acné Si No

Numero de parejas sexuales \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que usa \_\_\_\_\_

Tiene dolor durante acto sexual Si No

Historial de enfermedades Infecciosas o Venéreas

Ha sido Infectado con alguna de estas enfermedades      Si      No  
Herpes    Sífilis    HIV o sida    Mezcinos Genitales    Hepatitis B    Tricomias

Se ha echo la prueba del sida      Si      No

Ha tenido papanicolaos anormales      Si      No

Si Cuando      Si      No

Tuvo tratamiento \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Ha tenido infecciones en la orina      Si      No

Problemas para retener la orina      Si      No

Ha tenido o Detectado algún bulto o bola en su seno      Si      No

Ha tenido alguna vez una mamografía      Si      No

Cuando \_\_\_\_\_ el Resultado ha sido    Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_

Por favor escriba los medicamentos, o anticonceptivos

Que esta tomando, con o sin receta medica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es alérgica algun medicamento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inmunizaciones: Por favor marque si ha sido  
Vacunada recientemente de:

Pulmonía \_\_\_\_\_ Tétanos \_\_\_\_\_  
Poliomelitis \_\_\_\_\_ Rubéola \_\_\_\_\_  
Gripa o catarro \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones: escriba si ha sido hospitalizada de algún  
Accidente o cirugía, en cual Hospital, ciudad o estado

Año	Tipo de operación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Prevención:

Usted fuma Si No Cuantos paquetes al dia \_\_\_\_\_  
Usted toma bebidas alcohólicas Si No  
Diario \_\_\_\_\_ o Semanalmente \_\_\_\_\_  
Usted toma café Si No Cuantas tazas al dia \_\_\_\_\_  
Usted usa Drogas Si No  
Usted hace ejercicio Si No  
Que tipo de ejercicio \_\_\_\_\_  
Usted esta registrada para ser Donador de Órganos Si No

Enfermedades: Por favor cheque si algún miembro de su familia  
Padece alguna de las siguientes enfermedades

Usted	su familiar	Enfermedad
_____	_____	Alcoholismo
_____	_____	Anemia
_____	_____	Asma
_____	_____	Coágulos
_____	_____	Sangrado
_____	_____	Tumores cancerosos
_____	_____	Depresión
_____	_____	Diabetes
_____	_____	Violencia Domestica
_____	_____	Drogas
_____	_____	Eczema
_____	_____	Epilepsia
_____	_____	problemas del avista
_____	_____	Glaucoma
_____	_____	Enfermedad del corazón
_____	_____	problemas en los riñones o en la vejiga
_____	_____	Hepatitis, enfermedad del Hígado, piel amarilla
_____	_____	Enfermedad de los pulmones
_____	_____	Nervios, problemas mentales
_____	_____	fiebre reumática
_____	_____	Rubéola
_____	_____	Embolia
_____	_____	paperas, sarampión, viruela
_____	_____	varices
_____	_____	intento de suicidio
_____	_____	Tiroides
_____	_____	Tuberculosis
_____	_____	Úlcera estomacal
_____	_____	otras enfermedades