



Historial Medico

Nombre del paciente _____ Edad _____ Fecha _____

Cuantas veces ha estado embarazada, incluyendo esta vez? _____

de nacimientos _____ # de abortos espontaneos _____ # de abortos _____ # de cesareas _____

Alguna vez ha tenido un embarazo Ectópico o en las trompas de falopio? Si No

Alguna vez tuvo complicaciones después del parto, aborto o aborto espontaneo, incluyendo sangrado excesivo ?

Si No explique _____

Cuando fue el primer dia de su último periodo menstrual? _____ Fue normal su periodo? Si No

Has tenido algún sangrado desde tu último periodo menstrual? Si No

Que tipo de Anticonceptivos ha utilizado? _____

Por favor enliste cualquier tipo de operación incluyendo cesareas, D&C y procedimientos en el cerviz:

Es usted alergica a algún medicamento? Si No Si es así, por favor enliste abajo los medicamentos

Y tipo de reaccion : _____

Es usted alérgico al látex? Si No

Alguna vez ha tenido una operación para quemar o congelar el revestimiento del útero para evitar sus períodos? Si No

Esta usted actualmente tomando cualquier tipo de medicamento? Si No Si es así, Por favor enlistelos : _____

Usa usted cualquier droga recreacional, como la cocaína, heroína, metanfetaminas, etc.? Si No

Si es así, cual droga(s)? _____ Cuando fue la última vez que la uso? _____

Usted Fuma? Si No

Esta usted actualmente lactando? Si No

Por favor cheque si usted tiene o ha tenido alguna vez lo siguiente ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reacción al Yodo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia o ataques |
| <input type="checkbox"/> Reacción a Novacaina u otros anestésicos | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pelvica inflamatoria (PID) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Clamidia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Gonorrea |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en piernas o pulmones | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Sifilis |
| <input type="checkbox"/> Tumores o bultos en el seno | <input type="checkbox"/> Prolapso valvula mitral | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiatrica | _____ |

Certifico que la información es verdadera, correcta y completa.