Rassetti Gynecology

HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón de Consulta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió con el Dr. Ramirez?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quién es su médico primario?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted tomando medicamentos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es alérgica un medicamento de algun?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historia familiar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |   | Causa de la muerte | Edad |
| Padre | Vivo / Difunto |   |   |
| Madre | Vivo / Difunto |   |   |
| # de Hermanos(as) | Vivo / Difunto |   |   |

Tiene una historia de familia de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Sí | No | En caso afirmativo, qué miembro de familia (indicar paterna o materna) |
| Enfermedades del corazón |   |   |   |
| Presión arterial alta |   |   |   |
| Diabetes |   |   |   |
| Trazo |   |   |   |
| Cáncer |   |   |   |
| Si la respuesta es sí ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |
| Enfermedad de tiroides / cáncer |   |   |   |
| Otras enfermedades |   |   |   |

Revisión de los sistemas de administración: Tiene ahora o alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes opciones:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Sí | No | Por favor explique |
| Anemia |   |   |   |
| Artritis |   |   |   |
| Transfusión de sangre |   |   |   |
| Trastornos intestinales |   |   |   |
| Enfermedad de mama |   |   |   |
| Cáncer |   |   |   |
| Viruela |   |   |   |
| Diabetes |   |   |   |
| Exposición de DES |   |   |   |
| Endometriosis |   |   |   |
| Sangrado excesivo |   |   |   |
| vejiga |   |   |   |
| H. úlcera péptica/hernia de |   |   |   |
| Dolor de cabeza / migraña |   |   |   |
| Enfermedades del corazón |   |   |   |
| Hipertensión |   |   |   |
| Infertilidad |   |   |   |
| Ictericia / hepatitis |   |   |   |
| Enfermedad de riñón |   |   |   |
| Enfermedades respiratorias |   |   |   |
| Enfermedades Mentales y depresión. |   |   |   |
| Trastorno de incautación |   |   |   |
| Enfermedades de la piel |   |   |   |
| Enfermedades de la tiroides |   |   |   |
| Infecciones urinarias |   |   |   |
| Las venas varicosas / flebitis |   |   |   |

**Pasado histórico quirúrgica:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Procedimiento |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**Historia de la enfermedad (excepto los procedimientos quirúrgicos):**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Procedimiento |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**Exámenes:** (dar Fecha último hecho)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prueba | Año realizada | No estoy seguro | Nunca | Resultados |
| PAP Frotéis |   |   |   |   |
| Examen de mama |   |   |   |   |
| Mamografía |   |   |   |   |
| Examen Rectal |   |   |   |   |
| Sigmoidoscopy |   |   |   |   |
| Colesterol |   |   |   |   |
| Rubéola |   |   |   |   |
| Triglicéridos |   |   |   |   |
| Tiroides Perfil |   |   |   |   |
| Tétano(AUTOEDICIÓN) |   |   |   |   |
| Densidad de Huesos |   |   |   |   |
| Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |   |

**Período Menstruales**: (si aplicar)

Edad que comenzó la menstruación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas con los pechos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Descarga vaginal inusual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Períodos: Regular: \_\_\_ Irregulares: \_\_\_ dificultad con períodos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Embarazos:**(si aplica)

# De embarazos (Vivo o Difunto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #de cesarías (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# De nacimientos prematuros(as): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              # de vivos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# De abortos espontáneos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             # of Abortos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describir las complicaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Sus hábitos personales:** (Usted?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Sí | No | Por favor Explique |
| Hacer regularmente ejercicio (¿3 a 4 veces por semana)? |   |   |   |
| ¿Usa usted drogas ? |   |   |   |
| ¿Utiliza alcohol? |   |   |   |
| Si toma alcohol es con frecuencia? |   |   |   |
| ¿Usted fuma? |   |   |   |
| ¿Si alguna vez, trato de dejar de fumar? |   |   |   |
| ¿Tiene usted un problema con comer ¿trastorno? Anorexia\_\_\_\_ Bulimia\_\_\_ |   |   |   |
| A usted sido ¿físicamente abusado(a)? |   |   |   |
| ¿Se siente seguro en su ¿hogar? |   |   |   |
| ¿Cualquier otra preocupación? |   |   |   |
|   |   |   |   |

**Mi firma indica que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                           Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma paciente**