

Tomball Woman's Healthcare Center

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre Y numero de su Pharmacia: _____

Nombre y numero de su Doctor Primario: _____

Medicinas corrientes:

Nombres	Dose	Frecuencia	Razon por tomar

Problemas de salud Medicos pasados:

Alergias: Indique el nombre (medicamento o comida) y el tipo de reaccion

Historia Ginecologica:

Ultimo examine de Papanicolaou	Fecha: _____ Normal Anormal
Historial de Papanicolaou anormales	Yes No Tratamiento: _____
Sexualmente Activa (Si es asi, edad de la primera vez)	Yes _____ No No acualmente
Metodo anticonceptivo (Incluyendo la vasectomia)	
Historial de enfermedades transmitada sexuales	Clamidia Gonorrea Herpes Trichomonas HIV _____
Ultima Colonoscopia	Fecha: _____ Normal Anormal
Ultima Densidad de Huesos	Fecha: _____ Normal Anormal
Ultima Mamografia	Fecha: _____ Normal Anormal
Ultima Ciclo menstrual	Fecha: _____ Normal Anormal
Duracion de ciclo menstrual y frecuencia	_____ / _____
Son sus ciclos menstruales dolorosos	Yes No No actualmente
Histerectomia	Abdominal Vaginal Robotico
Edad de la menopausia	
Ha utilizado reemplazo de hormonas	

Historial de embarazo: Incluye cualquier aborto espontaneo, aboroto y embarazos ectopicos

Fecha	Semanas	Peso de nacimiento	Genero	Tipo de parto	Complicaciones

Historial Quirurgico:

Fecha	Tipo de Cirugia

Hospitalizaciones:

Fecha	Motivo/ Duracion de su estadilla

Historial de salud Familiar: En caso afirmativo quienes y a que edad fuel el diagnostico

Diabetes:	Cancer de mama:
Hipertension:	Cancer de Ovarios:
Enfermedad del corazon:	Cancer de Colon:
Infarto de miocardio:	Cancer de Pulmon:
Accidente cerebrovascular:	Trastorno genetico:
Colesterol alto:	Otra:

Historia Social:

Alcohol: No Yes <i>En caso afirmativo: Cuanta a la vez</i> _____ <i>Cuantas per semans</i> _____
Tobacco: Nunca Ex fumador En la actualidad <i>Cuantas al dia</i> _____ <i>Cuantos anos</i> _____
Ejercicio: No si <i>Con que frecuencia</i> _____
Estado civil: Soltera Casada Comprometida Divorciada Viuda Pareja domestica
Drogas: No Si Si es asi con que frecuencia: _____
Cafeina: Cafe Tea Sodas Bebidas energeticas <i>Con que frecuencia</i> _____
Dieta: Regular Vegana Sin Gluten Libre de lacteos Otro: _____
Ocupacion: _____