

### ANTECEDENTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Primera Menstruación: \_\_\_\_\_ años. Fecha de la Última regla: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Menstrua cada cuantos días \_\_\_\_\_ Menstrua durante cuantos días? \_\_\_\_\_

Le dan cólicos o dolor con la menstruación? Sí  No

¿Ha sido vacunada contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)? Si  No

¿A los cuantos años?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? Sí  No

¿Cuál enfermedad? ( s ) \_\_\_\_\_

Última citología: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Resultado Citología Normal  Anormal

En caso de ser Anormal, anote la fecha y el tratamiento(s) Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_,

Último test VPH: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Resultado test VPH: Positivo  Negativo

En caso de ser Positivo, anote la fecha y el tratamiento ( s ) Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_,

Última mamografía: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Última colonoscopia: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Tiene Pareja? Sí  No

¿Tiene deseo de Embarazo? Sí  No

Utiliza algún método para evitar embarazo? Sí  No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo?: \_\_\_\_\_

Antes que otro método utilizo?: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo : \_\_\_\_\_ años,

Otro: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ años.

Ha estado embarazada alguna vez? Sí  No

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

Partos Vaginales: \_\_\_\_\_ Legrados: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Embarazos Ectópicos: \_\_\_\_\_

Ha tenido complicaciones con el embarazo? \_\_\_\_\_ Ultimo embarazo a los \_\_\_\_\_ años.

#### Historia de Enfermedades Personales.

Ha sufrido alguna vez de Diabetes? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de Presión Arterial Alta? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de Tiroides? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de Depresión? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de Miomatosis? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de Endometriosis? Sí  No  Edad de Diagnostico? \_\_\_\_\_

Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna enfermedad que no se relacione anteriormente? Sí  No

Cuáles? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha consultado a un Médico? Sí  No  Por qué razón? \_\_\_\_\_  
 Algunos vez ha tomado medicamentos? Sí  No  Por qué razón? \_\_\_\_\_  
 Algunos vez ha estado hospitalizada? Sí  No  Por qué razón? \_\_\_\_\_  
 Algunos vez se ha tomado exámenes de Laboratorio? Sí  No  Por qué razón? \_\_\_\_\_  
 Algunos vez le han tomado Radiografías? Sí  No  Por qué razón? \_\_\_\_\_

Mencione las cirugías que le hayan realizado incluyendo las cesáreas y cirugías plásticas.

NOMBRE	A QUE EDAD?	¿PORQUE?	PATOLOGIA

Le han realizado Mamoplastia? Sí  No   
 Le han realizado Lipectomia? Sí  No   
 Le han realizado Liposucción? Sí  No   
 Le han realizado Suave Brisa? Sí  No

Es alérgica a algún tipo de Comida, Medicamento o Látex? Sí  No

Mencione a cuales \_\_\_\_\_

Actualmente toma algún medicamento? Sí  No

Mencione cuales, Incluyendo anticonceptivos, inyecciones, Vitaminas y Productos naturales

Mencione las enfermedades que tienen o han tenido sus familiares:

Papa \_\_\_\_\_  
 Mama \_\_\_\_\_  
 Hermanos \_\_\_\_\_  
 Abuelo Paterno \_\_\_\_\_ Abuela Paterna \_\_\_\_\_  
 Abuelo Materno \_\_\_\_\_ Abuela Materna \_\_\_\_\_

Toman o han tomado medicamentos? \_\_\_\_\_

Papa \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Mama \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Hermanos \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Abuelo Paterno \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Abuela Paterna \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Abuelo Materno \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_  
 Abuela Materna \_\_\_\_\_ Para qué? \_\_\_\_\_

Si ya fallecieron, Mencione la causa de muerte.

Papa \_\_\_\_\_  
 Mama \_\_\_\_\_  
 Hermanos \_\_\_\_\_  
 Abuelo Paterno \_\_\_\_\_ Abuela Paterna \_\_\_\_\_  
 Abuelo Materno \_\_\_\_\_ Abuela Materna \_\_\_\_\_