



Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Derivado por \_\_\_\_\_

**Medicamentos y dosis:**

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

**Razón para tomar el medicamento:**

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

**Antecedentes médicos: problemas médicos pasados y presentes:** Marque todas las respuestas que correspondan

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Asma                       |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Anemia en el último año    |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA  | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales      |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <input type="checkbox"/> Osteopenia                 |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular  |
| <input type="checkbox"/> Migrañas / Cefaleas   | <input type="checkbox"/> Trombosis de vena profunda |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Alta |   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad  |   |
| <input type="checkbox"/> Depresión   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas psiquiátricos, tipo _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales, tipo _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos / Soplos, tipo _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / Tuberculosis, tipo _____                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual, tipo _____                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Artritis, tipo _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cutánea, tipo _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales, tipo _____                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular del colágeno, tipo _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |   |

**Alergia al látex**  Sí  No

**Alergias / Reacciones negativas a medicamentos:**

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

**Tipo de reacción**

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

**Antecedentes ginecológicos:**

Última menstruación \_\_\_\_\_

No tengo menstruación

Las menstruaciones ocurren cada \_\_\_\_ días y duran \_\_\_\_ días con flujo leve, normal o abundante (circular una opción)

¿Recibió las 3 vacunas contra el VPH entre los 12 y los 27 años?  Sí  No

Número de embarazos \_\_\_\_\_

Número de partos \_\_\_\_\_

Número de abortos / interrupciones \_\_\_\_\_

Último Papanicolau \_\_\_\_\_

Última mamografía \_\_\_\_\_

¿Qué hace para no quedar embarazada?  DIU, Tipo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  coito interrumpido  
 Implante en el brazo  Condones  
 Pastilla, Parche, Anillo, Inyección  Intenta quedar embarazada  
 Vasectomía, Ligadura de trompas  No evita embarazo

¿Se le ha realizado alguna prueba genética para riesgo de cáncer?  Sí  No tipo \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos:** Marque todas las opciones que correspondan

Apendicectomía  Congelación del cuello uterino, año \_\_\_\_\_  
 Amigdalectomía  Leep de cuello uterino, año \_\_\_\_\_  
 Extirpación de vesícula biliar  Cirugía de vejiga, tipo \_\_\_\_\_  
 Cesárea, ¿cuántas? \_\_\_\_\_  Cirugía de mama, tipo \_\_\_\_\_  
 Embarazo ectópico  Cirugía ósea o articular, tipo \_\_\_\_\_  
 Ligadura de trompas  Cirugía cosmética, tipo \_\_\_\_\_  
 Laparoscopia, ¿para qué? \_\_\_\_\_  Bypass gástrico \_\_\_\_\_  
 Histerectomía, con extirpación de ovarios  Sí  No  Otras cirugías: \_\_\_\_\_  
 Otra cirugía ginecológica, tipo \_\_\_\_\_  
 Cirugía de estómago o de intestino, tipo \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

¿Qué miembro de su familia padece de lo siguiente? Incluye a padres, abuelos, hermanos, hijos, tías y tíos ya sea del lado materno (madre) o paterno (padre) de la familia.

Hipertensión \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_

Cáncer de ovario \_\_\_\_\_

Cáncer de mama \_\_\_\_\_

Cáncer de colon \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales:**

¿Ha fumado alguna vez?  Sí  No ¿Cuántas cajas al día? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó el hábito? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  Sí  No No ¿Cuántas copas por semana? \_\_\_\_\_

¿Consume drogas recreativas o marijuana médica?  Sí  No tipo \_\_\_\_\_

**Medicina preventiva:**

Último análisis de sangre para problemas de diabetes, colesterol o tiroides \_\_\_\_\_

Última colonoscopia \_\_\_\_\_ ¿Algún pólipo?  Sí  No ¿Cuándo es su próxima colonoscopia? \_\_\_\_\_

Última prueba de densidad ósea \_\_\_\_\_