

Teki S. Hegwood, M.D.

CUESTIONARIO DE SALUD

(El proposito de este cuestionario es asistir al doctor con su cuidado.)

Fecha : _____

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Ocupacion _____

Educacion _____ Religion _____

Circule: Soltera , Casada (____ano), Viuda , Divorciada, Separada. Fecha del pasado examen fisico _____

Circule la **PRINCIPAL** razon por cual usted vino a ver al doctor: Dolor Problema Menstrual Embarazo Problema urinario

Control de Embarazo Chequeo Rutinario Papanicolaou Infertilidad Otra _____

Nota: Este es parte de su expediente medico y se mantiene confidencial, y no sera lanzado a cualquier persona sin su consentimiento escrito.

Por favor circule SI o NO

Historia Familiar	Viviendo		Difunto	Enfermedades en parientes de sangre			QUIEN
	Edad	Salud		Razon			
Padre				Cancer	SI	No	_____
Madre				Colon	SI	No	_____
Hermanos 1				Pecho	SI	No	_____
				Uterino	SI	No	_____
2				Ovario	SI	No	_____
				Prostata	SI	No	_____
3				Melanoma	SI	No	_____
				Diabetes	SI	No	_____
4				Cholesterol elevado	SI	No	_____
				Presion alta	SI	No	_____
Esposo				Osteoporosis	SI	No	_____
Hijos 1				Enfermedad mental	SI	No	_____
				Enfermedad de nacimineto	SI	No	_____
2				Gemelos	SI	No	_____
				Cesarea	SI	No	_____
3				Problemas De Sangre (tipo)	SI	No	_____
				Problemas geneticos (tipo)	SI	No	_____
Estatura _____				Otro	SI	No	_____
Peso _____ Un Ano Anterior _____							
Maximo _____ cuando _____							
A sido hospitalizado por alguna enfermeda?							
SI No De detalles:							

HISTORIA PERSONAL

SIRUGIA ANTERIORES

Amigdalas	SI	No
Appendix	SI	No
Versicula	SI	No
Pechos (incluye reduccion)		
Aumento)	SI	No
Tiroides	SI	No
Laproscoy	SI	No
Dilatacion & legrado	SI	No
Hysterectomia	SI	No
Ovarios	SI	No
Tubos	SI	No
Cesarea	SI	No
Sigmoidoscopy/		
Colonoscopy	SI	No
Transfucion de sangre	SI	No
Otro: Liste	SI	No

Tetracyclina	SI	No
Other		
Antibiotico	SI	No
Lidocaine/		
Anesthetics	SI	No
Codeine	SI	No
Otras Medicinas	SI	No
Comida	SI	No
Iodine	SI	No
Latex	SI	No
Other	SI	No

USTED USA

Caffeina	SI	No
Tobacco	SI	No
Alcohol	SI	No
Social/		
Alguna otra droga	SI	No

TOMAS MEDICAMENTOS COMO

Lactos	SI	No
Vitamina	SI	No
YerbasTepauticas	SI	No
Medicina china	SI	No
Tranquilizantes	SI	No

Pastillas para dormir	SI	No
Pastillas para laTiroide	SI	No
Pastillas de dieta	SI	No
Pastillas de agua	SI	No
Pastillas para el Corazon	SI	No
Pastillas para la		
Presion alta	SI	No
Hormonas	SI	No
Anticomsestivos	SI	No
Asprina /Ibprofen	SI	No
Antibioticos	SI	No
Others	SI	No

ENFERMEDA DE NINA

Sarampion	SI	No
Paperas	SI	No
Varicela	SI	No
Fiebre escarlina		
Fiebre reumatica	SI	No
Rubeola (sarampion		
Aleman)	SI	No

ENFERMEADES DE ADULTO

Pneumonia	SI	No
Tuberculosis	SI	No

ALLERGIAS

Penicilina	SI	No
Sulfa	SI	No

Alguna ves le recomendaron de hacer se una cirujia y no lo hizo? SI No

Asthma	SI	No	Hemorroides	SI	No	Frecuente infección de la vejiga	SI	No
Cancer	SI	No	Intestino Irritable	SI	No	Meningitis/		
Diabetes	SI	No	Ataques /			Encefalitis	SI	No
Enfermedad de tiroides	SI	No	Convulsiones	SI	No	Valvula mitral prolapse requerido o antibioticos para		
Artritis	SI	No	Enfermedad mental/			Ataque del corazon/		
Osteoporosis	SI	No	Depression	SI	No	angina	SI	No
Problemas de espalda	SI	No	Flebitis o			Stroke (CVA)	SI	No
Anemia	SI	No	Cuagulo de sangre	SI	No	Expuesta o examinada VIH		
Ictericia/Hepatitis	SI	No	Migraina	SI	No	Positiva	SI	No
Ulcera	SI	No	Varices	SI	No			
Enfermedad de			Enfermedad del rinon	SI	No			
Versicula	SI	No	Mononucleosis	SI	No			

USTED A SENTIDO ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS ?

Porfavor circule SI o NO a estas preguntas

Cambio de apetito	SI	No	Encresimiento de glandula	SI	No	Repentina urgencia para orinar	SI	No
Subio o bajo de peso	SI	No	Dolor de pecho	SI	No	Pierde orina al toser o al reir	SI	No
Fatiga	SI	No	bulto en los pechos	SI	No	Dolor de musculo o calambres	SI	No
Comeson /irritacion en la piel	SI	No	Liquiado de los pechos	SI	No	Dolor/Rigidez/Hinchazon de articulacion	SI	No
Cambio de color en la piel	SI	No	Dolor de pecho	SI	No	Retencion de agua o hinchazon	SI	No
Dolor de cabeza	SI	No	Tos productiva	SI	No	Dolor o disminucion de movimiento de espalda o cuello	SI	No
Cambios de vision	SI	No	Tose sangre	SI	No	Hueso rotos	SI	No
Problemas para oiro	SI	No	Falta de aliento	SI	No	Marcos	SI	No
Infeccion del oido/			Acidez	SI	No	Perdida de coniciniento	SI	No
Dolor de oido	SI	No	Nausea	SI	No	Problemas emocionales o psiquiatricos	SI	No
Vertigo	SI	No	Vomito	SI	No	Paralisis	SI	No
Problemas de sinusitis	SI	No	Sangre en vomito	SI	No	Entumecimiento	SI	No
Sangrado de nariz	SI	No	Dolor abdominal	SI	No	Escalofrios o fiebre	SI	No
Sangrado excesivo			Diarrea	SI	No	Sudor nocturno	SI	No
De cortadas	SI	No	Estrenimiento	SI	No	Nerviosismo	SI	No
Salen moretones facilmente	SI	No	Consante enfermedad	SI	No	Perdida de pelo	SI	No
Dolor de garganta o			Sangrado del rectal	SI	No			
Cambio de voz	SI	No	Frecuencia para orinar	SI	No			
Problemas para deregir	SI	No	Dolor al orinar	SI	No			
Ancias que sangran	SI	No	Sangrado al orinar	SI	No			
Constante dolor en la boca	SI	No	Se levanta en la noche a orinar	SI	No			
Tempratura extrema			Sofoco	SI	No			
Sensibilidad	SI	No	Problemas para dormir	SI	No			
Cresimiento de pelo poco comun	SI	No						

HISTORIA GYNECOLOGICAL

A que edad empezo menstruar regular irregular Dia de ultimo periodo Dia de la menopausia
 Cuantos dias de empiezo al termino de su proximo periodo cuantos dias dura su periodo
 Dia de su ultimo period normal (1^a dia) fluido menstrual es usualmente: liviano moderado pesado cuajulos: SI No
 Sus periodos son doloroso? SI No SI, describa Alguna ves a sido diagnosticada con Endometriosis? SI No
 Usted tiene historia de quistes on los Ovarios? SI No Alguna ves sangra entre periodos? SI No
 Sangra despues de tener relaciones o doucha? SI No Se pone tensa antes de tener su periodo? SI No Tiene alguna irritacion o rosado? SI No
 Alguna ves le an dado tratamiento para infeccion del pelvic? SI No Le sale desecho? SI No Color Olor? SI No Picason? SI No
 Alguna ves le an dado tratamiento para infeccion vaginal? SI No Fungus-yeast SI No Herpes SI No
 Se ducha? SI No Que tan seguido?
 Vaginosis bacterial SI No Verrugas veneras (HPV) SI No DES expuesto inutero SI No
 Gonorrhea SI No Chlamydia SI No Syphilis SI No Other SI No
 Cuanto tiempo tiene con su pareja?
 Dia de su ultimo Papanicolao
 Dia de su ultimo Mammograma
 Tiene historia de papanicolao anormales? SI No
 Si, que clase de tratamiento tuvo? Cryosurgery
 Laser surgery
 Cone biopsy

HISTORIA OBSTRECTICAL

Cuantos embarazos a tenido
 Cuantos hjos nacieron vivos
 Cuantos par de gemelos tiene
 Cuatas cecarias a tenido
 Cuantos embarazos prematuros
 Cuantos abortos involuntarios a tenido
 Cuantos abortos a tenido
 Cuantos embarazos a tenido etopico/trompas
 Cuantos hijos a fallecido

HISTORIA DE CONTROL DE NATALIDAD

Esta tratando para quedar embarazada? SI No
 Esta teniendo problemas para quedar embarazada? SI No
 Usted o su pareja estan usando un anticonceptivos? SI No
 Cual Metodo:
 Ritmo/ natural Supositorio vaginal Norplant
 Retiro Pelicula vaginal Trompas
 Abstinencia Esponja Vasectomy
 Condon Diafragma Parche
 Espuma Capuchon cervical Inyeccion (Depo)
 IUD Pastillas Other
 Comentarios o problemas con este metodo: