

CUESTIONARIO SOBRE EL EXAMEN DE MUJER.

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos actuales: _____

Las alergias a los medicamentos: _____

¿Cuándo fue tu primera menstruación? _____ años

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Número medio de días entre la menstruación _____ Días

¿Cuánto dura la menstruación?: _____ Días Flujo: Normal, pesado o ligero.

Sangrado Ciclo Medio: Sí o No

Syndrome premenstrual: Sí o No

Menstruación Dolorosa: Sí o No;

Controlado con ibuprofeno o controlado con las píldoras anticonceptivas.

Historia de Papanicolau anormal: Sí o No

Suplemento de calcio diario: Sí o No

Relación sexual: Sí o No

Número de socios vitalicios: _____

Historia de las Enfermedades de Transmisión Sexual: Sí o No

Transmisión sexual Prevención de Enfermedades: Sí o No

Anticoncepción: Ninguno, píldoras anticonceptivas, condones, dispositivos intrauterinos, la ligadura de trompas, vasectomía, Depo-Provera, Espermicida, diafragma, Retiro, Planificación Natural de la Familia, o de otra: _____

Terapia de Reemplazo Hormonal: Sí o No

Antecedentes familiares de cáncer de mama: Sí o No

Antecedentes familiares de cáncer de ovario: Sí o No

Antecedentes familiares de cáncer uterino: Sí o No

Antecedentes familiares de cáncer de colon: Sí o No

Los embarazos totales (número): _____

Plazo Completo (Número): _____ Prematuro (Número): _____

Abortos (Número): _____ Abortos Involuntarios (Número): _____

Ectópicos (Número): _____ Los nacimientos múltiples (número): _____

Los niños que viven (Número): _____

Complicaciones del Embarazo: Sí o No

Colposcopia: Sí o No

Ginecológicos Cirugías: Ninguno, histerectomía, la ablación endometrial, la ligadura de trompas, el parto vaginal, La cesárea u otra: _____

Post coital (después del coito) Sangrado: Sí o No

Dolor pélvico: Sí o No

Dispareunia (relaciones sexuales dolorosas): Sí o No

Gardasil Inmunización: Sí o No

Flujo vaginal: Sí o No

(En caso afirmativo, por favor conteste las siguientes preguntas)

- Color / Consistencia: Blanco, Requesón, transparente, amarillo o mucosas.

-El prurito (picazón): Sí o No

-Disuria (micción dolorosa): Sí o No

-Maloliente (mal olor): Sí, No o Peor después del sexo.

-Frecuencia de micción: Sí o No

-Recientes Uso de Antibióticos: Sí o No

-Los tratamientos intentados: Ninguno, antifúngico, Vagisil.

-Después del tratamiento: mejor, peor, o de la misma.

Si usted tiene hijos, por favor conteste las siguientes preguntas sobre la entrega:

Fecha (2/23/09)	Semanas (38)	Trabajo Horas (12)	Peso al Nacer (6 lb 4 oz)	Sexo (M/F)	Entrega Tipo de (Vaginal/Cesárea)	Anestesia (Epi/Spinal)	Lugar de Parto (Hospital/Casa)	Prematuro (Si/No)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Firma:

Al mejor de mi conocimiento, la informacion de arriba es correcta y completa. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si yo o mi hijo menor de edad alguna vez tiene un cambio de salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representate personal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representate personal

Relacion hacia el paciente

Revisada Por

Fecha

Reviewed By

Date