

O'Connor Medical Clinic
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

¿Cuál es la razón de esta consulta?

- 1) _____
 2) _____

¿Qué medicamentos está tomando?

- 1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

¿A qué es alérgica? _____

¿Quién es su doctor de cabecera?

Nombre: _____ Clínica: _____

Ginecóloga Anterior: _____

Clínica: _____ Teléfono: _____

Historial Social: ¿Fuma? Sí No

¿Usa drogas? Sí No

¿Cuántas bebidas alcohólicas

consume por semana? _____

Farmacia: _____

Historial de Ginecología:

1) ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____

2) ¿Tiene su menstruación todos los meses? Sí No

3) ¿Cuánto duran sus ciclos menstruales? _____, días

(contando desde el primer día de un periodo, al primer día del siguiente)

4) ¿Son muy abundantes sus menstruaciones? Sí No

5) ¿Cuánto le dura su menstruación? _____, días

6) ¿Sangra entre menstruaciones? Sí No

7) ¿Le dan cólicos menstruales? Sí No

8) ¿Cuándo empezó su última menstruación? _____

9) ¿Está teniendo relaciones sexuales? Sí No

10) ¿Que usa como anticonceptivo? _____

11) ¿Le ha salido ANORMAL un Papanicolaou? Sí No

¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? Sí No

12) ¿Recibió la vacuna contra el virus del papiloma humano? Sí No

¿Qué problemas médicos tiene?

(enciérrelas en un círculo)

Diabetes Alta presión

Problemas del corazón Del hígado

Del riñón De la tiroides

Asma Tuberculosis o prueba positiva

Depresión Ansiedad

Otro: _____

¿De qué la han operado?

1) _____

2) _____

Embarazos

Número total de embarazos: _____

Número de partos: _____

Fecha	Vaginal o cesárea	A término o Prematuro	Bebé pesó	¿Alguna complicación? (pre eclampsia, diabetes, hemorragia, distocia del hombro?)

Número de abortos espontáneos: _____

Número de abortos: _____