

Whole Woman's Health

Changing the World, One Woman at a Time.

Información de la paciente

Le pedimos la siguiente información para proveerle a Ud. el mejor servicio posible aquí en nuestra clínica. La utilizamos solamente por propósito médico. Guardamos su confidencialidad. Favor de no dejar en blanco ningún espacio. No compartimos esta información personal por teléfono al menos que la persona pueda comprobar que es Ud.

Nombre y apellido: _____ Apodo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código p.: _____ Condado: _____

Teléfono en casa: (____) _____ Celular: (____) _____

No.de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

Teléfono-trabajo: (____) _____ Ext.: _____ Dept: _____

¿Es estudiante? SI / NO ¿Dónde? _____

¿Si necesitamos comunicarnos con Ud., cual preferiría? Por teléfono: Identificarnos por Whole Woman's Health con sobre de la clínica
 Identificarnos por "una clínica" con sobre sencillo

Estado Civil (Casada o soltera): _____ Raza _____

En caso de emergencia... - ¡Es obligatorio llenar completamente esta sección!

Si tiene 18 años o menos, hay que nombrar un padre o un guardian. Si tiene más que 18 años, favor de nombrar con quien pudiéramos comunicarnos en caso de emergencia.

Nombre: _____ Relación a Ud. _____

Dirección de la person nombrada: _____

Teléfono en casa: (____) _____ Teléfono en el trabajo (____) _____

Historia de menstruación

¿Cuántos años tenía cuando empezó a menstruar? _____ años

¿Tiene la menstruación una vez al mes? SI / NO

¿Hay veces en que pasa más que un mes hasta que emepece la regla SI / NO ¿Cuántos días sangra? _____ días

¿Tiene calambres con la regla? ¿Usa medicina? _____

¿Cuál fue el primer día de su última menstruación? _____

Historia obstétrica

de embarazos (incluyendo el presente) _____ ¿Complicaciones? _____

de partos vaginales _____ ¿Complicaciones? _____

de operaciones cesáreas _____ ¿Complicaciones? _____

de malpartos _____ ¿Complicaciones? _____

de abortos anteriores _____ ¿Complicaciones? _____

Este embarazo ha sido confirmado por:

¿Prueba de orina en casa? ¿Examen pélvico? ¿Dónde? _____

¿Prueba de orina en una clínica? ¿Dónde? _____ ¿Prueba de sangre? ¿Dónde? _____

Ninguno

Problemas de hoy

¿Desecho vaginal? SI / NO Experimenta picazón, odor malo, o sensación ardiente con el desecho?

_____ ¿Sangre o dolor durante o después de tener sexo? SI / NO

¿Otros problemsas? _____

Historia Médica (Marque lo ha tenido)

- Anemia/Anemia de célula "Sickle"
- Asma: ¿Usa inhalador? _____
- Dolor en el pecho / problemas de respirar
- Infección de la vejiga o los riñones
- Sangrados entre una regla y otra
- Coágulos de Sangre en las piernas o los pulmones
("thrombophlebitis or pulmonary embolus")
- Cáncer del útero, vagina o seno
- "Chlamydia", gonorrea o otra infección vaginal
- Diabetes, hipoglicemia, azúcar en la orina
- Trastorno de comer (ej. anorexia)
- Epilepsia o convulsiones
- Enfermedad del corazón
- Soplo cardíaco ¿Medicina? _____
- Hepatitis
- Hipertensión/ presión alta de la sangre
- Colesterol alto

- VIH positivo / SIDA
- Infección de los tubos o del útero
- Problemas con la vista / borrosa
- Quistes fibrosos del seno o desecho
- Lupus / enfermedad autoinmune
- Migrañas o dolores de cabeza severos
- Mononucleosis
- Infección de la pelvis (PID)
- Uso de drogas (marihuana, cocaína, etc.)
¿Cuáles? _____
- Trastorno nervioso/psiquiátrico
- Fiebre reumática
- Depresión / pensamientos de suicidarse
- Medicina? _____
- Enfermedad del tiroide Medicina? _____
- "Trichomonas, gartnerella o vaginosis bacteriano"
- Tuberculosis
- Infección de "yeast"
- ¿Fuma Ud.? ¿Cuántos cigarillos por día? _____

Alergias a medicamentos SI / NO ¿Cuáles? _____

¿Toma medicamentos actualmente? SI / NO ¿Cuáles?: _____

¿Ha sido hospitalizado anteriormente? SI / NO ¿Cuándo y para qué? _____

¿Ha tenido cirugías? SI / NO ¿Cuándo y para qué? _____

¿Ha tenido una prueba papanicolao? SI / NO
Fecha del la última prueba papanicolao _____ ¿Cómo salió?: NORMAL / ABNORMAL

¿Sabe Ud. que tipo de sangres tiene? (ej. O+, A-, B+)? _____

Otra condición médica que no era mencionada arriba _____

Historia Médica Familiar (Indique con un X lo que ha sufrido sus familiares)

- Diabetes, hipoglicemia
- Hipertensión / presión alta de la sangre
- Coágulos de Sangre en las piernas o los pulmones
("thrombophlebitis or pulmonary embolus")
- Quistes fibrosos del seno
- Cáncer del útero o de la cerviz
- Cualquier otro tipo de cáncer
- "Stroke"
- Anemia de célula "Sickle"
- Ataque del corazón

Historia anticonceptivo

| | Método(s) que usa actualmente | Método(s) que le gustaría usar | Métodos que usaba en el pasado | Método(s) con que ha tenido dificultades o problemas |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|
| Pastillas anticonceptivos | | | | |
| El parche | | | | |
| Anillo vaginal | | | | |
| Depo-Provera | | | | |
| Condomes | | | | |
| Esponja | | | | |
| Abstinencia | | | | |
| Diafragma | | | | |
| Cubierta cervical | | | | |
| Dispositivo Intrauterino (IUD) | | | | |
| Planificación familiar natural | | | | |
| Otro: | | | | |

Comprendo que todo la información sobre mí como paciente de esta clínica de confidencial. Consiento que se utiliza la información notada si sea necesario médicamente. Entiendo que si tengo menos de 18 años, los servicios medicales adicionales en otra clínica pueda requerir el consentimiento del padre/guardián. Yo certifico que he leído y entiendo todo lo anterior. Reconozco que todas mis preguntas sobre esta información personal han sido contestadas satisfactoriamente. Yo no culpo ni le pongo responsable al doctor o a los empleados de la clínica por cualquier error u omisión que yo haya hecho en llenar esta forma. También entiendo que mis datos médicos pueden ser descargados bajo la ley del estado de Texas.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

He recibido y comprendido la información relacionada a la privacidad del paciente.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____