



Hamptons Gynecology and Obstetrics

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Celda #: \_\_\_\_\_
Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

HISTORIA PERSONAL

Formulario de historia personal con campos para Altura, Peso, Edad, Alergias, Medicamentos, Vitaminas, Ejercicio, Cigarrillos, Alcohol, Estado civil, Sexualmente activo, Ocupación, Raza, Menopausia, etc.

HISTORIA DE MEDICA PERSONAL, Marque TODAS las que correspondan: O NINGUNO

Lista de condiciones médicas con casillas de selección: Diabetes, Presión arterial alta, Asma, Insuficiencia cardíaca, etc.

Si "Otros" por favor enumere: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE TRATAMIENTO, Marque TODAS las que correspondan: O NINGUNO

Lista de condiciones de tratamiento con casillas de selección: STDs, Manchas de Pap anormales, Infertilidad, etc.

HISTORIA DEL EMBARAZO NINGUNO

Tabla de historia del embarazo con columnas para Fecha de nacimiento, Peso de nacimiento, Comprobar, Semanas, Tipo de entrega, ¿Complicaciones?

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PERSONAL

Haz una lista de todas las cirugías que hayas tenido: \_\_\_\_\_

**Se deben tener en cuenta los siguientes parientes::**

Tú, Madre, Padre, Hermano, Hermana, Hijos, Tía/Tío Paternal, Tía/Tío Maternal, Medio Hermanos, Primos,  
Sobrinas/Sobrinos, Abuelos Maternos y Paternos, Abuelas Abuelas/Tíos

Nombre: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR				
Tipo de enfermedad	Comprobar	Listar todos los parientes (ver lista arriba)		Paterno / Materno
Ataque cardíaco	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Accidente cerebrovascular	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Coágulos de sangre (excepto accidente cerebrovascular)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Diabetes	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Depresión	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Osteoporosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Descripción de la Historia del Cáncer	Comprobar	USTED o Parientes (ver lista arriba)	Paterno / Materno	Edad(es) de Diagnóstico
Cáncer de colon antes de los <b>50</b> años	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Cáncer uterino/endometrial antes de los <b>50</b> años	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
<b>Tres o más cánceres de Lynch.</b> Los cánceres de Linchamiento son: colon, endometrial, gástrico, ovárico, cerebral, pancreático, intestino delgado, tracto hepatobiliar, uréter/renal o adenomas sebáceos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Cáncer de mama diagnosticado a los <b>50 años</b> o antes de la edad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Cáncer de ovario diagnosticado a <b>cualquier edad</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Cáncer de mama masculino diagnosticado a <b>cualquier edad</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
<b>Tres o más</b> cánceres de mama en el mismo lado de la familia independientemente de la edad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Un familiar diagnosticado con cáncer de mama <b>dos veces</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Usted es de herencia <b>judía ashkenazi</b> y tiene un diagnóstico de <u>cáncer de mama</u> , o <u>cáncer de páncreas</u> en cualquier miembro de la familia mencionado anteriormente a cualquier edad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
¿Alguno de los miembros de su familia se ha hecho la prueba del gen BRCA? Si no, ¿por qué no?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
<b>Si no tienes antecedentes conocidos de cáncer en tu familia, consulta aquí <input type="checkbox"/></b>				
Por favor, enumere CUALQUIER otro tipo de cáncer, junto con qué pariente, y lado de la familia:				
<b>USO DE LA OFICINA SOLAMENTE</b>				
Appropriate for testing? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discuss Genetic Testing? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Genetic Testing: Accepted <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>				
MD Signature: _____    If declined, state reason: _____				
If declined, patient signature: _____    Written information given: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				