



Hamptons Gynecology and Obstetrics

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Celda: _____ Número de teléfono: _____ 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, Menstruación, Papanicolaou, Mamografía, Colonoscopia, Densidad ósea, y Métodos anticonceptivos.

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

Tabla de historia de medicación personal con categorías como Diabetes, Hipertensión, Asma, Enfermedades pulmonares, Hepatitis, Enfermedad cardíaca, Enfermedad de la vesícula biliar, Trastorno de la alimentación, Migrañas, Enfermedad mamaria, Osteoporosis, Enfermedad renal, y otras enfermedades o cáncer.

Si "Otros" por favor enumere:

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

STDs <input type="checkbox"/>	Manchas de Papanicolaou anormales <input type="checkbox"/>	Infertilidad <input type="checkbox"/>
Fibromas (del útero) <input type="checkbox"/>	Quistes ováricos <input type="checkbox"/>	Endometriosis <input type="checkbox"/>

HISTORIA DEL EMBARAZO						O NINGUNO <input type="checkbox"/>
	Fecha de nacimiento	Peso de nacimiento	Comprobar	Semanas	Tipo de entrega	¿Complicaciones?
1			Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> de la sección C de la vaginal <input type="checkbox"/>	
2			Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> de la sección C de la vaginal <input type="checkbox"/>	
3			Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> de la sección C de la vaginal <input type="checkbox"/>	
4			Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> de la sección C de la vaginal <input type="checkbox"/>	
# de abortos: ____		Fecha: ____	# de abortos espontáneos: ____		¿Actualmente estás tratando de quedar embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PERSONAL
Haz una lista de <u>todas</u> 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)		Paternal/Maternal
Ataque cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Golpe	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Coágulos de sangre (excepto accidente cerebrovascular)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Depresión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Descripción de la historia del cáncer	Comprobar	USTED o Parientes (ver lista arriba)	Paternal/Maternal	Edad(es) de Diagnóstico
Cáncer de colon antes de los 50 años	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cáncer uterino/endometrial antes de los 50 años	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tres o más cánceres de Lynch. Los cánceres de Linchamiento son: colon, endometrial, gástrico, ovárico, cerebral, pancreático, intestino delgado, tracto hepatobiliar, uréter/renal o adenomas sebáceos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cáncer de mama diagnosticado a los 50 años o antes de la edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cáncer de ovario diagnosticado a cualquier edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Cáncer de mama masculino diagnosticado a cualquier edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tres o más cánceres de mama en el mismo lado de la familia independientemente de la edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Un familiar diagnosticado con cáncer de mama dos veces	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Usted es de herencia judía ashkenazi y tiene un diagnóstico de cáncer de <u>mama</u> , o cáncer de <u>páncreas</u> en cualquier miembro de la familia mencionado anteriormente a cualquier edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Alguno de los miembros de su familia se ha hecho la prueba del gen BRCA? Si no, ¿por qué no?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si no tienes antecedentes conocidos de cáncer en tu familia, consulta aquí <input type="checkbox"/>				
Por favor, enumere CUALQUIER otro tipo de cáncer, junto con qué pariente, y lado de la familia:				

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE		
¿Apropiado para las pruebas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Hablar de pruebas genéticas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pruebas genéticas: Aceptado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/>
Firma MD: _____	Si se rechaza, indique la razón: _____	
Si se rechaza, firma del paciente: _____	Información escrita dada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	