



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
Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____
Alergias a los medicamentos (lista): _____ Medicamentos actuales (lista): _____ Vitaminas (lista): _____
Ejercicio: [] Con qué frecuencia: _____ Cigarrillos: [] Con qué frecuencia: _____ Alcohol: [] Con qué frecuencia: _____
Estado civil: Casado [] Soltero [] Divorciado [] Sexualmente activo: Sí [] No []
Con: Hombres [] Mujeres [] Ambos []
Ocupación: _____
Raza: Blanco [] Afroamericano [] Hispano [] Asiático [] Nativo Americano [] Otros []
Los períodos de edad comenzaron: _____ Duración media del período (días): _____ Última menstruación: ____/____/____ Edad de la menopausia: _____
Último Papanicolaou: ____/____/____ Última mamografía: ____/____/____ Última colonoscopia: ____/____/____ Densidad ósea: ____/____/____
¿Tomas anticonceptivos? Sí [] No [] Método anticonceptivo o prescripción: _____

HISTORIA DE MEDICA PERSONAL, Marque TODAS las que correspondan: O NINGUNO []
Diabetes [] De presión arterial alta [] Asma []
Insuficiencia cardíaca/Ataque cardíaco [] De enfermedades pulmonares [] Hepatitis []
Enfermedad cardíaca/soplo [] De enfermedad de la vesícula biliar [] De enfermedad tiroidea []
Anormalidad de sangrado [] Trastorno de la alimentación [] De cáncer de mama []
Depresión [] Migrañas [] Enfermedad mamaria/ de biopsia []
Osteoporosis [] De enfermedad renal [] Otras enfermedades o de 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"/>	