



WOMEN'S HEALTH SERVICES

HISTORIA DE LA SALUD

NOMBRE : _____ **DOB:** _____

Usted tiene cualquier preocupación especial para hoy: _____

MEDICAMENTOS

Por favor liste todos los medicamentos que utiliza actualmente, incluyendo hierbas, vitaminas, aspirina, antiácidos, tónicos, diuréticos, laxantes, tranquilizantes, pastillas de nervio, drogas sociales, o a otros medicamentos comprados con o sin receta médica.

Nombre: _____ con qué frecuencia? _____ Nombre: _____ con qué frecuencia? _____
Nombre: _____ con qué frecuencia? _____ Nombre: _____ con qué frecuencia? _____
Nombre: _____ con qué frecuencia? _____ nombre: _____ con que frecuencia? _____

ALERGIAS

Es usted alérgico a algún medicamento? Si ___ No ___ Con si – lista de medicamento alérgico _____

VACUNAS

Han tenido alguna vez la vacuna contra la culebrilla? Si ___ No ___
Fecha de la última vacuna contra la neumonía: vacuna contra la gripe de _____
vacuna antitetánica: _____

HISTORIA CLINICA

Has nunca tuvo cirugía o sido hospitalizado? Si ___ No ___
Tiene que ha tenido un resultado anormal de pap? Enfermedades Si ___ No ___
Compruebe que tiene ahora o han tenido en el pasado.
Uso de ___ Alcohol/Drogas enfermedad ___ Arthritis ___ Hepatitis de ___ Epilepsy ___ Anemia ___ Heart – Type ___
___ Asthma ___ High presión arterial ___ Cancer – Type ___ enfermedad pulmonar ___ Diabetes – Type ___
Sexually enfermedad de transmisión ___ Thyroid problemas de ansiedad/ ___ Depression/ Psiquiatrico ___

Ha que nunca se ha insertado, shoved, golpeó, éxito o verbalmente maltratados por cualquier persona?
Si ___ No ___

Alcohol: (cerveza, vino, licor) número por day _____ numero por semana _____
Drogas recreativas: qué _____ con que frecuencia? _____
Se siente usted tiene un problema con el alcohol o las drogas? si ___ no ___ explain _____
Tabaco: (cigarrillos, cigarros, tubería) hace usted fuma? si ___ no ___ tiene que nunca fumaron? si ___ no ___
por día ahora _____ # por día en el pasado--¿cuánto tiempo ha estado fumar? _____
Si ya no fuma, al salir? _____ Desea dejar de fumar?

HISTORIA DE LA FAMILIA

Comprobar si los miembros de la familia han tenido cualquiera de los siguientes:

Por favor, escriba en el espacio que miembros de la familia

- ___ Asthma _____
- ___ Cancer: Type _____
- ___ Suicidio/ ___ Depression/Psychiatric _____
- ___ Diabetes _____
- ___ Heart Attack _____
- ___ High Presion Arterial _____
- ___ High Cholesterol _____
- ___ Stroke _____
- ___ Tuberculosis _____
- ___ Alcohol/Drogas Abuse _____

HISTORIA SEXUAL

Está o ha estado sexualmente activa con: one _____ Hombres _____ Mujeres _____ Hombres & Mujeres _____

No edad al _____

Primer encuentro sexual las relaciones sexuales o equivalente: _____ # de socios en el pasado anos _____ de cinco