



# SHENANDOAH COMMUNITY HEALTH

## Información para el Departamento de Ginecología y Obstetricia

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última inmunización contra:

Tétanos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Influenza (Flu) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido sexualmente activa? Sí / No

Primer día de su último periodo

¿Actualmente usted es sexualmente activa? Sí / No

menstrual \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Su edad durante el primer embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha de su último Papanicolaou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Método anticonceptivo que utiliza

¿Fue normal? Sí / No

actualmente: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una histerectomía? Sí / No

¿Tiene algún problema? \_\_\_\_\_

¿Es usted Pre/Post Menopáusica? Sí / No

Fecha de su última mamografía \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de su última colonoscopia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### HISTORIAL DE EMBARAZO

<i>Por favor incluya abortos espontáneos/abortos</i>	<u>1er</u> embarazo	<u>2do</u> embarazo	<u>3er</u> embarazo	<u>4to</u> embarazo	<u>5to</u> embarazo	<u>6to</u> embarazo
Mes/Año de parto						
Semanas de gestación (40 semanas es el total en el embarazo)						
Hombre o Mujer						
Peso del bebé						
Parto vaginal o por cesárea						
Lugar de nacimiento (localidad o nombre del hospital)						
Complicaciones						

¿Está expuesta a abuso físico o emocional? Sí / No

¿Está expuesta a algún tipo de violencia doméstica? Sí / No

¿Necesita ayuda para caminar? Sí / No

¿Usa lentes / lentes de contacto? Sí / No

¿Usa algún aparato auditivo? Sí / No

¿Necesita ayuda para leer? Sí / No

¿Necesita ayuda para escribir? Sí / No

¿Alguien le ayudó a completar éste formulario? Sí / No

¿Tiene alguna creencia cultural/religiosa que afecte su cuidado médico? Sí / No

¿Cuál es su método de aprendizaje de preferencia? *(Por favor circule uno)*

Material de Audio / Demonstración / Explicación Verbal / Material en Video / Material Escrito

¿Tiene alguna Declaración de voluntad anticipada? Sí / No

¿Tiene detectores de humo en casa? Sí / No

¿Tiene armas en su casa? Sí / No

¿Qué medicamentos toma? Incluya medicamentos recetados, medicamentos que tome sin receta, y suplementos herbales :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica a algún medicamento, anestésico, yodo, látex, cinta adhesiva, alimentos o algo más? Sí / No

¿Durante las últimas 2 semanas, qué tan seguido se ha sentido molesta con alguno de los siguientes problemas?

	Para nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se siente mal, deprimida o sin esperanza	0	1	2	3

¿Alguna vez ha estado hospitalizada durante la noche? Sí / No      ¿Cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Sí / No      ¿Cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_

Actualmente padece o ha padecido alguna condición médica tal como: *(Por favor circule)*

Dolores de cabeza

Acidez o Agruras

Problemas de espalda

Dificultad para escuchar

Úlceras

VIH

Problemas para tragar

Problemas Estomacales

Artritis

Diarrea

Anemia

Infertilidad

Problemas del corazón (Dolor de pecho, Ritmo cardíaco Irregular)

Estreñimiento

Hepatitis

Problemas Urinarios (Infección, Pérdida del control de la vejiga)

Derrame Cerebral

Problemas con los senos

Presión Arterial Alta

Cáncer

Huesos Rotos

Problemas de Tiroides

Asma

Problemas Sexuales

Enfisema

Problemas de espalda

Diabetes

Convulsiones

Neumonía

Problemas de Salud Mental (Depresión, Ansiedad, Estrés)

Tuberculosis

Problemas de visión (Visión Borrosa, Glaucoma, Cataratas)

Adicción a Drogas o Alcohol

Otros: \_\_\_\_\_

Alguien en su familia (hijos, padres y hermanos) tiene historial de padecer: (Si es así, indique quién)

Asma/COPD (enfermedad crónica obstructiva pulmonar) \_\_\_\_\_

Presión Arterial Alta \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_

Problemas de Salud Mental \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Derrame Cerebral \_\_\_\_\_

Adicción a Drogas o Alcohol \_\_\_\_\_

Problemas de Tiroides \_\_\_\_\_

Problemas del corazón \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma o usa tabaco? Sí / No      ¿Qué cantidad en un día? \_\_\_\_\_

¿Vive con alguien que fuma? Sí / No

¿Usa cigarrillos electrónicos? Sí / No      ¿Qué cantidad en un día? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de alcohol toma en un día? \_\_\_\_\_

¿Cuánta cafeína toma en un día? \_\_\_\_\_

¿Usa marihuana o algún otro tipo de droga? Sí / No      ¿Qué drogas usa? \_\_\_\_\_

