

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

ALERGIAS: _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Histerectomía: Abdominal Vaginal Fecha _____
Ovario(s) Extraídos Derecho Izquierdo Fecha _____
Laparoscopia Fecha _____
Ligadura Fecha _____ Raspado Fecha _____
Cesárea Fecha _____
Otros _____

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Postmenopáusica Si No _____ Edad de la Menopausia _____
Si la respuesta es no: Edad de inicio _____ Ciclo _____ Días (de comienzo a comienzo) _____
Flujo: Ligerio Moderado Abundante Fecha de la Ultima Regla _____
Ultima Prueba de Papanicolaou _____ Ultima Mamografía _____
Por favor indique cualquier ETS que tiene o ha tenido en el pasado:

INDIQUE EMBARAZOS (incluyendo abortos involuntarios y terminaciones)

Año	Complicaciones

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR:

Miembro Familiar	Vivo		Fallecido	
	Edad	Salud	Edad	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos	1			
	2			
	3			
	4			
Marido				

ALGUN PARIENTE HA SUFRIDO:

Cáncer de Mama: Relación _____ Cáncer de Ovario: Relación _____
 Cáncer de Colon: Relación _____ Cáncer de Útero: Relación _____
 Otros: _____

OTROS:

Transfusión de Sangre: Si No
Cigarrillos Si No _____ paquetes/día
Alcohol Si No _____ por día/semana/mes

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Colonoscopia: Si No _____ fecha
Coágulos de Sangre: Si No