

Cuestionario de Historia Médica

Fecha: «ApptDate»

Nombre de la Paciente: «PatientFirstLastName» **Fecha de Nacimiento:** «PatientDOB» **PANM#:**

«PatientNumber»

Historia Social	Si	No
¿Tiene Ud. deseos de comer cosas que no sean comida? Por ejemplo, tiza, tierra, jabón		
¿Ha viajado Ud. fuera del país de Estados Unidos durante el año pasado? Si la respuesta es sí, ¿a dónde?		
¿Ha bebido Ud. alcohol durante este embarazo?		
¿Ha Ud. usado drogas ilegales durante el embarazo?		
¿Fuma tabaco? Si la respuesta es sí, ¿cuantos cigarrillos por día?		
Escriba cualquier alergia a medicamento o a látex		
Escriba cualquier medicamento que Ud. ha tomado desde el principio de este embarazo		

Historia Obstétrica						
Fecha del primer día de la última menstruación						
¿Está segura de la fecha del último menstruación?					Si	NO
¿Incluyendo este embarazo, cuantos embarazos ha tenido?						
Marque todos embarazos aquí, incluya complicaciones						
Fecha	Niño o Niña	Tipo de Parto (Natural o Cesárea)	Peso	A cuantos meses de embarazo nació el bebe	Complicaciones del embarazo o el parto	

Fecha: «ApptDate»

Nombre de la Paciente: «PatientFirstLastName» **Fecha de Nacimiento:** «PatientDOB» **PANM#:**

«PatientNumber»

Fecha	Niño o Niña	Tipo de Parto (Natural o Cesárea)	Peso	A cuantos meses de embarazo nació el bebe	Complicaciones del embarazo o el parto

Historia Ginecológica	Si	No	Su Pareja
¿Tiene Ud. o su pareja VIH?			
¿Tiene Ud. o su pareja herpes genital?			
¿Tiene ud. historia de enfermedad transmitida sexualmente?			
¿Cuándo fue la última prueba de Papanicolau? ¿Salió normal?			
¿Cuándo fue la última vacuna de la influenza?			
¿Cuándo fue la última vacuna de TDAP (tétanos , difteria y tos ferina)?			

Historia Médica	Si	No	Comentarios (Incluya Fechas y nombre del Doctor Actual)
Anemia			
Asma			
Enfermedad Autoinmune			
Enfermedad de Coagulación de Sangre			
Depresión/Desorden Psiquiátrico			
Diabetes			
Enfermedad de Corazón			

Cuestionario de Historia Médica

Fecha: «ApptDate»

Perinatal Associates

of NEW MEXICO



Nombre de la Paciente: _____

«PatientFirstLastName»

Fecha de Nacimiento: «PatientDOB» **PANM#:** «PatientNumber»

Historia Médica	Si	No	Comentarios (Incluya Fechas y nombre del Doctor Actual)
Alta Presión			
Infertilidad			
Enfermedad del Hígado			
Desorden Neurológico/Convulsion			
Enfermedad de riñones			
Trastorno de la tiroide			
Anormalidades de Matriz			
Otra condición que no está en esta lista			

HISTORIA DE CIRUGIA	
Marque aquí las cirugías y hospitalizaciones Favor de incluir la fecha	Date
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Cuestionario de Historia Médica

Fecha: «ApptDate»

Nombre de la Paciente: «PatientFirstLastName» **Fecha de Nacimiento:** «PatientDOB» **PANM#:**

«PatientNumber»

HISTORIA FAMILIAR

	¿Vive?		Edad	Problemas médicos/causa de fallecimiento	
Madre	Si	No			
Padre	Si	No			
Historia Familiar – Enfermedades Genéticas			Sí	No	Miembro de la Familia
Defectos de Nacimiento					
Enfermedad de coagulación					
Defecto del corazón congénito					
Fibrosis Quística					
Síndrome de Down					
Enfermedades Genéticas					
Trastornos hematológicos– Célula Falciforme, Hemofilia					
Incapacidad intelectual – Autismo, Retraso mental					
Defectos del Tubo Neural Abierto - Espina Bífida					
Enfermedad Neuromuscular – Distrofia Muscular					

Firma del paciente: _____ Fecha: _____