Fecha:
Dias Revisado:

Care For Women's Medical Group, Inc.

PACIENTES DE GYNECOLOGYA

1. NUEVO A ESTA OFICINA
1. RENOVANDO SU FORMA DEL ANO PASADO

QUESTIONARIO DE INFORMACION DE SALUD

Todas las preguntass contenidas en este cuestionario son extrictamente confidenciales y tomaran parte de su record medico de salud.

Nombre *(Apellido, Primert, Inicial.):*	☐ M ☐ F	**Fecha de Nacimiento:**
Estado Marital:	☐ Soltera ☐ Juntada ☐ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda	
Doctor anterior o el que la refirrio:	**Fecha de su ultimo exam fisico:**	

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Enfermades Infatiles:	☐ Sarampion ☐ Paperas ☐ Rubella ☐ Chickenpox ☐ Fievre Reumatica ☐ Polio	
Vacunas Y Fechas:	☐ Tetanus	☐ Pneumonia
	☐ Hepatitis	☐ Chickenpox
	☐ Influenzia	☐ MMR *paperas,sarampion,rubella*

Rason por su visita (Reason for Your Visit)

Sirugias (Surgeries)

Ano / Year	Rason/ Reason	Hospital

Otras Hospitalisaciones que no sea embarazo o parto (Other hospitalizations other than pregnancy/delivery)

Ano/ Year	Rason / Reason	Hospital

Alguna Vez Ha tenido transfusion de sangre?	☐ Si	☐ No

Proxima pagina

Liste todas las medicinas escritas por su doctor y cualquier medicina que tome, como vitaminas e Injiladores (list your prescribed drugs and over the counter drugs, such as vitamins and inhalers)		
Nombre de Medicina / Name the Drug	Dosis/Strength	Cada cuanto tiempo /Frequency Taken

Alerjias a Medicamentos / Allergies to medications	
Nombre del Medicamento /Name the Drug	Reaccion que Ha tenido/ Reaction You Had

HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL/ HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE QUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN GUARDADAS EXTRICTAMENTE CONFIDENCIALES/ ALL QUESTIONS CONTAINED IN THIS QUESTIONNAIRE ARE OPTIONAL AND WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL.

Ejercisio/Exercise	☐ Sedentario (No Ejercicio)/ Sedentary (No exercise)			
	☐ Ejercisio Moderado/ Mild exercise (i.e., climb stairs, walk 3 blocks, golf)			
	☐ Ejercisio Ocasional Vigoroso /Occasional vigorous exercise (i.e., work or recreation, less than 4x/week for 30 min.)			
	☐ Ejercisio Regular Vigoroso/ Regular vigorous exercise (i.e., work or recreation 4x/week for 30 minutes)			
Dieta/ Diet	Esta Haciendo alguna Dieta/ Are you dieting?		☐ Si	☐ No
	Si es si, Esta hacienda alguna dieta dijirida por un doctor /If yes, are you on a physician prescribed medical diet?		☐ Si	☐ No
	# de comidas que come en un dia normal/ # of meals you eat in an average day?			
Cafeina/ Caffeine	☐ Ninguna/ None	☐ Café/ Coffee	☐ Te / Tea	☐ Coke/ Cola
	# de tazas o latas diarias / # of cups/cans per day?			
Alcohol	Toma Alcohol/ Do you drink alcohol?		☐ si	☐ No
	Si es si, que clase/ If yes, what kind?			
	Cuantas veces a la semana / How many drinks per week?			
	Tiene preocupacion de la cantidad que toma/ Are you concerned about the amount you drink?		☐ Si	☐ No
	Ha considerado terminar de tomar/ Have you considered stopping?		☐ Si	☐ No
	Ha experimentado desmayos/ Have you ever experienced blackouts?		☐ Si	☐ No
	Cuando sale toma mas de la cuenta/ Are you prone to "binge" drinking?		☐ Si	☐ No
	Usted toma y despues maneja/ Do you drive after drinking?		☐ Si	☐ No
Tabacco/ Tobacco	Usa Tabaco/ Do you use tobacco?		☐ Si	☐ No
	☐ Cigarrios-pks al dia/ Cigarettes – pks./day	☐ Mastica-# dia/ Chew - #/day	☐ Pipa/ Pipe - #/day	☐ Cigarros-# pks/ Cigars - #/day
	☐ # de anos/ # of years	☐ o sin fumar/ Or year quit		

Drogas/ Drugs	Usted usa drogas recreacionales o de la calle/ Do you currently use recreational or street drugs?	☐ Si	☐ No
	Alguna vez se ha injectado con una jeringa/ Have you ever given yourself street drugs with a needle?	☐ Si	☐ No
Sexo/ Sex	Esta sexualmente active/ Are you sexually active?	☐ Si	☐ No
	Si es si, esta tratando de embarasarse/ If yes, are you trying for a pregnancy?	☐ Si	☐ No
	Si es no esta tratando de embarasarse que clase de proteccion usa/ If not trying for a pregnancy list contraceptive or barrier method used:		
	Tiene molestias con penetracion/ Any discomfort with intercourse?	☐ Si	☐ No
	Enfermedades relacionadas al virus de VIH, como AIDS a llegado ser un problema publico mayor. Riesgos para esta enfermedad incluyen droga inyectada en las venas y sexo sin protejer. Le gustaria hablar con su doctor acerca de los riesgos y enfermedades./ Illness related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), such as AIDS, has become a major public health problem. Risk factors for this illness include intravenous drug use and unprotected sexual intercourse. Would you like to speak with your provider about your risk of this illness?	☐ Si	☐ No
Seguridad Personal **Personal Safety**			
	Fisico y abuso mental tambien han llegado a ser un problema publico mayor para la salud en este pais. Esto usualmente toma la forma de abuso verbal y abuso fisico y sexual. Le gustaria discutir este problema con su doctor. / Physical and/or mental abuse have also become major public health issues in this country. This often takes the form of verbally threatening behavior or actual physical or sexual abuse. Would you like to discuss this issue with your provider?	☐ Si	☐ No

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

ESCRIBA "M" PARA MUERTO/ ENTER "D" FOR DECEASED

	EDAD/ AGE	PROBLEMAS SIFNIFICANTES/ SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS		EDAD	PROBLEMAS SIGNIFICANTES/ SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS
Papa/Father			**Ninos/ Children**	☐ M ☐ F	
Mother				☐ M ☐ F	
Hermaos/ Sibling	☐ M ☐ F			☐ M ☐ F	
	☐ M ☐ F			☐ M ☐ F	
	☐ M ☐ F		**Abuela Materna/ Grandmother** *Maternal*		
	☐ M ☐ F		**Abuelo Materno/ Grandfather** *Maternal*		
	☐ M ☐ F		**Abuela Paterna/ Grandmother** *Paternal*		
	☐ M ☐ F		**Abuela Materna/ Grandfather** *Paternal*		

PERSONAL PAST HISTORY

☐ Fibromas de la matriz /Fibroids	☐ Problemas del Corazon/ Heart Disease	☐ Huesos Fracturados/Broken Bones
☐ Enfermedades transmitidas sexualmente/ Sexually Transmitted Diseases	☐ Alta Presion/ High Blood Pressure	☐ Problemas con la tiroides/ Thyroid Disease
☐ Asma/ Asthma	☐ Convulsiones/ Stroke	☐ Diabetis/ Diabetes

☐ Neumonia/ Pneumonia	☐ Fiebre Reumatica/ Rheumatic Fever	☐ Hepatitis/ Hepatitis
☐ Piedras en los Rinones/ Kidney Stones	☐ Cuagulos de sangre (piernas/pulmones) Blood Clots (legs/Lungs)	☐ Huesos Fracturados/ Broken Bones
☐ Infertilidad/ Infertility	☐ Desorden alimenticio/ Eating Disorder	☐ Problemas con el excremiento/ Bowel Problems
☐ Repetir/ Reflux	☐ Lupus	☐ Chicken Pox
☐ Anemia/ Anemia	☐ Cancer	☐ VIH/ HIV

HISTORY GINECOLOGICA

Edad que comezo a menstruar/ Age at onset of menstruation:		
Dia de su ultima Mestruaciion/ Date of last menstruation:		
Periodo cada cuantos dias/ Period every days		
Periodos con mucho sangrado, irregulars, dolor or flujo/ Heavy periods, irregularity, spotting, pain, or discharge?	☐ Si	☐ No
Longitud de periodos/ Length of periods days		
Cualquier cambio en sus periodos/ Any changes in your periods?	☐ Si	☐ No
Ha tenido una Hysterectomia/ Have you had a hysterectomy?	☐ Si	☐ No
Ha tenido un Raspa en la matriz/ Have you had a D&C??	☐ Si	☐ No
Numero de parejas sexuales en toda su vida/ Number of lifetime sexual partners		
Metodo contraceptive que este usando presentemente/ Present birth control method		
Se hase examinaciones del pecho continuamente/ Do you do self breast examinations?	☐ Si	☐ No
Problemas con la orina/ Any problems with control of urination?	☐ Si	☐ No
Padece de calores, sudores en la noche/ Any hot flashes or sweating at night?	☐ Si	☐ No
Tiene tension menstrual, dolor, irritabilidad o culaquier sintoma cuando se hacerca su periodo. / Do you have menstrual tension, pain, bloating, irritability, or other symptoms at or around time of period?	☐ Si	☐ No
Ha experimentdao recientemente algun cambio en sus senos, desechos, bolitas/ Experienced any recent breast tenderness, lumps, or nipple discharge?	☐ Si	☐ No
Alguna vez ha tenido un papanicolao anormal/ Have you ever had an abnormal pap smear?	☐ Si	☐ No

DIA DE SU ULTIMO PAPANICOLAO/ DATE OF LAST PAP EXAM?

HISTORIAL OBSTETRICO

NUMERO DE EMBARASOS/ NUMBER OF PREGNANCIES **NUMEROS DE ABORTOS/ NUMBER OF MISCARRIAGES**

No	FECHA DE NACIMIENTO/ BIRTH DATE	LIBRAS AL NACER/ WEIGHT AT BIRTH	SEXO DEL BEBE/ BABY'S SEX	TIPO DE PARTO/ TYPE OF DELIVERY	COMPLICACIONES/ COMPLICATIONS
1.					
2.					
3.					
4.					

NUMBERO DE NINOS VIVOS/ NUMBER OF LIVING CHILDREN **# DE ABORTOS/ # OF ABORTIONS**

REVISION DE SYSTEMAS

Marque si ha tenido cualquier sintoma en las siguentes areas y de una explicacion breve/ Check if you have, or have had, any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain.

CONSTITUTIONAL	OJOS/ EYES	PIEL/ SKIN
☐ Perdida de Peso/Weight loss	☐ Antiojos/Contactos/ Glasses/Contacts	☐ Picason/ Rash
☐ Aumento de peso/ Weight Gain	☐ Dolores de orejas/ Earaches	☐ Dolores/ Sores
☐ Fievre/ Fever	☐ Sonido en los oidos/ Ringing in Ears	☐ Lunares/ Moles
☐ Fatiga/ Fatigue	☐ Doble vision/ Double Vision	☐ Piel Seca/ Dry Skin
RESPIRATIORIO/ RESPIRATORY	**CARDIOVASCULAR**	**GASTROINTESTINAL**
☐ Dolor al respirar/ Painful Breathing	☐ Dolor en el pecho/ Chest Pain or Pressure	☐ Diarrhea frequente/ Frequent Diarrhea

☐ Wheezing	☐ Dificultad al respirar/ Difficulty Breathing with Exertion	☐ Sangre en el escremento/ Bloody Stool
☐ Toser Sangre/ Spitting up Blood	☐ Hinchason de piernas/ Swelling of Legs	☐ Nausea/Vomitos/ Nausea/Vomiting
☐ Respiracion corta/ Shortness of Breath	☐ Palpitos rapidos/ Rapid Heartbeat	☐ Constipation
☐ Toz chronica/ Chronic Cough	☐ Palpitaciones irregulars/ Irregular Heartbeat	☐ Perdida de gas or escremento involuntariio/ Involuntary Loss of Stool/Gas
ENDOCRINE	**GENITOURINARY**	**GENITOURINARY (CONTINUED)**
☐ Perdida de pelo/ Hair Loss	☐ Sangre en la orina/ Blood in Urine	☐ Incontinencia al tozer o estornudar/ Incontinence (coughing/sneezing)
☐ Intolerancia al calor/ Heat Intolerance	☐ Dolor al orinar/ Pain with Urination	☐ Anormal desocho vaginal/ Abnormal Vaginal Discharge
☐ Intolerancia al frio/ Cold Intolerance	☐ Urgencia/ Urgency	☐ Sangrado Anormal/ Abnormal Bleeding
☐ Sed Anormal/ Abnormal Thirst	☐ Urinacion frecuente/ Frequent Urination	☐ Periodos Dolorosos/ Painful Periods
☐ Calores/ Hot Flashes	☐ Orinar incomplete/ Incomplete Emptying	☐ Dolor con penetracion/ Painful Intercourse
MUSCULOSKELETAL	**HEMATOLOGIC**	**PSYCHIATRIC**
☐ Dolor en los conjoturas/ Joint Pain	☐ Moretes frecuentes/ Frequent Bruises	☐ Depresion despues del parto/ Post-partum Depression
☐ Dolor en los huesos/ Muscle Pain	☐ Cortadas que no paran de sangrar/ Cuts do not stop bleeding	☐ Ansiedad/ Anxiety
☐ Musculos Debiles/ Muscle Weakness	☐ Glandulas enlargadas/ Enlarged Lymph Glands	☐ Depresion/ Depression
PECHOS/ BREASTS	**NEUROLOGICAL**	**NEUROLOGIC (CONTINUED)**
☐ Dolor en los Pechos/ Pain in Breasts	☐ Mareos/ Dizziness	☐ Problemas para caminar/ Trouble Walking
☐ Descargo de pezon/ Nipple Discharge	☐ Combulsiones/ Seizures	☐ Problemas con la memoria/ Memory Problems
☐ Bolas/Lumps	☐ Dormituras del cuepo/ Numbness	☐ Frecuentes Dolores de Cabesa/ Frequent Headaches

PORFAVOR DESCRIBA CUALQUEIR PROBLEMA PARTICULAR QUE LE GUSTARIA DISCUTIR EN MAS DETALLE CON EL MEDICO/
PLEASE DESCIBE ANY PARTICULAR ISSUE THAT YOU WOULD LIKE TO BE ADDRESSED IN MORE DETAIL AT YOUR VISIT