



J. Manuel Herrera, M.D. Historial de Salud Femenina

Fecha _____

ID# _____

Nombre _____ Nombre de farmacia: _____

Fecha de Nacimiento _____ Telefono: _____

Estado Civil _____ Local de farmacia: _____
(Intersección/calles)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y OTRAS SUSTANCIAS

Nombre de sustancia

Reaccion

Nombre de sustancia	Reaccion

SALUD

GENERAL

Fecha de su ultimo papanicolao _____

Alguna vez a tenido papanicolao anormal? Si No

Fecha de su ultimo mammograma _____

Resultados normal Anormal

Se autoexamina los senos cada mes? Si No

Es usted sexualmente activa? Si No

ANTICONCEPTIVO

Que metodo de anticonceptivo utiliza actualmente? _____

HISTORIA DE SU MENSTRUACIÓN

Primer día de su ultima regla? _____

Ya paso por la menopausia Si No

Cuantos días dura su regla? _____ Flujo leve mediano pesado/abundante

Describe la intensidad de dolor durante su regla nada leve moderado severo incapacitante

Tiene usted sangrado o manchado entre sus reglas? Si No

HISTORIA DE EMBARAZOS

Alguna vez a estado embarazada? Si No

Si si, cuantas veces a estado embarazada? _____

Cuantos hijos vivos tiene? _____

Tiene problemas de esterilidad? Si No

Si su respuesta es si, favor de explicar aqui. _____

CONDICIONES DE SALUD GENERAL

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | <input type="checkbox"/> Alto colesterol | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> VIH positivo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Trastornos en la alimentacion | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Problema de coagulacion | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

ID# _____

Usted o sus **(padres/hermanos(as))** han tenido alguna de estas condiciones?
Si su respuesta es que sí, marque cual condicion y cual pariente.

CONDICION

PARIENTE

- Cancer, senos _____
- Cancer, de pulmón _____
- Cancer, del ovario _____
- Otro tipo de cancer _____
- Diabetes _____
- Dependencia sustancias quimicas _____

CONDICION

PARIENTE

- Derrame cerebral _____
- Alta presión _____
- Osteoporosis _____
- Otro _____

ESTILO DE VIDA

- Consumo alcohol? ____si ____no
Consumo por semana _____
- Consumo cafeina? ____si ____no
Consumo por semana _____
- Consumo tabaco? ____si ____no
Consumo por semana _____
- Consumo drogas? ____si ____no
Que tipo/cantidad? _____
- Estres inusual _____
- _____
- Toma suplemento de calcio?
____si ____no
- Cual es su nivel de ejercicio?
____bueno ____razonable ____poco
que tipo? _____

CIRUGIAS / HOSPITALIZACIONES

- Año _____ Hospital/Clinica _____
- Motivo de hospitalización _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SÍNTOMAS / CONDICIONES

GINECOLÓGICOS

- Secrecion de pezón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Olor vaginal desagradable
- Infecciones vaginales
- Picazón o ardor vaginal

OIDO, OJO, NARIZ, GARGANTA

- Sangrado de la encias
- Vision borrosa
- Dificultada para tragar
- Ronquera
- Hemorragia nasal (sangrado)
- Tos persistente
- Zumbido en los oidos
- Problemas de sinusitis
- _____
- _____

GENERAL

- Escalofríos
- Depresión
- Mareo
- Desmayo
- Fiebre
- Olvidadiza
- Dolores de cabeza
- Perdida de sueño
- Perdida de peso
- Sudores

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Hipertension/presion alta
- Latido irregular del corazon
- Presion baja
- Mala circulacion
- Latido de corazon rapido
- Hinchazon de tobillo
- Varices

GASTRO INTESTINAL

- Falta de apetito
- Hinchazón
- Cambios intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre en exceso
- Sed excesiva
- Hemorroides
- Indigestion
- Nausea
- Sangrado rectal/ano
- Dolor de estómago
- Vomito
- Vomito con sangre