



LOUISIANA WOMEN'S
Healthcare



Médico: _____ Fecha: _____

Motivo de la Visita de Hoy: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Por Favor Enumere:

Alergias	Medicamentos Actuales	Cirugía Previa

Pruebas de Detección:

Prueba	Fecha/ Año	Normal	Anormal	¿Alguna vez has tenido la Siguiente?	
Prueba de Papanicolaou				☐ Presión Arterial Alta	☐ Convulsiones
Mamografía				☐ Enfermedades del Corazón	☐ Hepatitis/Ictericia
Gammagrafía Ósea				☐ TB (Tuberculosis)	☐ Tromboflebitis/ Sangre Coágulos
Cáncer de Colon				☐ Diabetes	☐ Enfermedades de Transmisión Sexual
Colesterol				☐ Asma	☐ Cualquier Otra Enfermedad Grave/ Lesión

Historia Personal:

¿Comes una dieta bien balanceada? **SÍ / NO**

¿Bebe alcohol? **SÍ / NO**

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para el alcoholismo? **SÍ / NO**

¿Tiene antecedentes de abuso de drogas? **SÍ / NO**

¿Usted fuma? **SÍ / NO**

¿Haces ejercicio? **SÍ / NO**

¿Te sientes descansado después de dormir?
SÍ / NO

¿Ha experimentado recientemente violencia doméstica o se siente amenazada? **SÍ / NO**

Historia Menstrual:

¿A que edad comenzo tu primer periodo?

¿Duración del ciclo? (ejemplo: 28 días)

¿Número de días de flujo o sangrado?

¿Fecha en que comenzó el último período?

¿Períodos irregulares? **SÍ / NO**

¿Sangrar entre períodos? **SÍ / NO**

¿Flujo pesado / coágulos / calambres? **SÍ / NO**

VOLTE LA PAGINA

Form #04B – Rev. 5/23

Historial de Embarazo: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo a término? _____

Año de Parto	Término Completo	Prematuro	Nacido Muerto	Malparto	Aborto	Cesárea	Parto Vaginal	Parto Vaginal despues de Cesarea (VBAC)	Lista de Complicaciones <i>es decir, presión arterial alta, embarazo ectópico, diabetes gestacional, etc.</i>	Sexo del Niño	Peso del Niño
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Antecedentes Familiares:

Miembro de la Familia	Enfermedades o Condiciones Médicas	Edad al Morir	Causa de Muerte
Madre			
Padre			
Abuela Materna			
Abuelo Materno			
Abuela Paterna			
Abuelo Paterno			

Quién en su familia (vivo o fallecido) tiene o ha tenido lo siguiente:

Cáncer	Otras Enfermedades	
Cáncer de Mama	Defectos de Nacimiento	Epilepsia
Cáncer de Ovario	Enfermedad Cardíac	Enfermedad Mental
Cáncer Uterino	Presión Arterial Alta	Discapacidad Intelectual
Otro Cáncer Femenino	Diabetes	TB (Tuberculosis)
Cáncer de Colon	Anemia de Células Falciformes	Otras Enfermedades _____