

WomanCare

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha del primer día de su período: _____ Cada cuantos días tiene Ud. su período? _____ Y duración de días _____

Fecha de su último examen pélvico y su papanicolaou: _____ Cuantos años tenía cuando tuvo su primer período: _____

Cuantos años tenía cuando empezó la menopausia: _____

Fecha de su último mamograma: _____ Examen de la densidad de los huesos: _____ Colesterol: _____

Sangra Ud. en medio de su período? Dolores? _____

Tiene alergias algún medicamento: _____

Ud. tiene incontinencia urinaria? _____

Si Ud. es sexualmente activa, tiene molestias o problemas cuando tiene relaciones? _____

Cuantos años tenía cuando empezó a tener relaciones sexuales? _____

Numero de parejas sexuales durante los últimos 5 años? _____

Cual es su forma de contracepción? (Marque) Pastillas Vasectomía Dispositiva Intrauterino Ligar Las Trompas Condon Nuvaring Otro: _____

Numero de embarazos: _____ Aborto/Malparto: _____ Hijos: _____ Adoptivo: _____

Complicaciones de emparazos? _____ Tipo de parto: (Marque) Vaginal or Cesárea

Problemas de infertilidad? _____

EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA DE VIDA, ESTARIA UD. DESPUESTA A ACEPTAR SANGRE O LOS PRODUCTOS DE SANGRE? Si _____ No _____

Lista de personas viviendo con Ud.:

Nombre	Relación	Edad	Ocupación

Hasta que grado completo Ud. la escuela: _____

Ha recibido Ud. todas sus vacunas? _____ Vacuna contra el HPV? _____

Cuando fue su ultima prueba de tuberculosis? _____ Resultado: _____

Ha tenido una vacuna de Tetano en los ultimos diez años? Sí _____ No _____ Cuando? _____

Ud. o alguna de su familia ha tenido alguna de estas enfermedades:

	Ud.	Familia	Quien		Ud.
Cáncer (Tipo) _____				Quistes en los cenos	
Diabetis				Migrañas	
Presión alta				Sangradura vaginal inusuales	
Entermeda del Corazón/Embolia				Infecciones pélvicas	
Colesterol alto				Papanicoleau abnormales	
Higado/Vesicula				Frecuentes infecciones vaginales	
Epilepia				Infecciones de vejiga/riñones	
Multiples nacimientos				Depresion	
Defectos de nacimiento				Enfermedades transmitida sexualmente	
Problemas de tiroides				Problemas conteniendo la orina	

Cirugías o ha sido hospitalizada: _____

Alergias: _____

Lista de Medicamentos Corrientes	Dosis	Lista de Medicamentos Corrientes	Dosis

Fuma Ud.? Sí No Usa alcohol? Sí No Usa Ud. Drogas como marijuana? Sí No