

Brad Drexler, M.D.

431 A March Ave.
Healdsburg, CA 95448
(707) 431-8843

1144 Sonoma Ave. #119
Santa Rosa, CA 95405
(707) 545-0717

Fecha: _____

Hay tres páginas en este cuestionario.

Nombre: Apellido _____ Primer _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

Razón de su visita de hoy _____

Historia de embarazos: (Favor de anotar los detalles de todos sus embarazos)

Año	Peso del bebe	Semanas de embarazo	¿Como termino el embarazo? (parto, aborto, perdio el embarazo)	Complicaciones (durantes y despues)
-----	---------------	---------------------	--	-------------------------------------

Historia ginecológica y menstrual:

_____ Primer día de su última regla.

_____ ¿Tiene las reglas regulares?

_____ Número de días desde el primer día de una regla hasta el proximo primer día de la regla que sigue.

Marque la caja apropiada para describir sus reglas:

Calambres: _____ Nada _____ Moderado _____ Severo

Cuantos días que sangra: _____ 1-3 días _____ 3-6 días _____ 7 o más días

Flujo: _____ Leve _____ Moderado _____ Fuerte

Número de taponos o toallas higiénicas que usa en el día lo más pesado: _____

Sí No

_____ ¿Mantiene relaciones sexuales con un hombre?

_____ ¿Mantiene relaciones sexuales con una mujer?

_____ ¿Alguna vez ha utilizando un dispositivo intrauterino? (aparatos o DIU)

Si respondió sí, ¿qué tipo? _____

_____ ¿Está utilizando algún tipo de anticonceptivo?

Si respondió sí, ¿qué tipo? _____

_____ ¿Quiere Ud. una receta para anticonceptivo hoy?

Si respondió sí, ¿qué tipo? _____

_____ ¿Tiene sangrado entre sus reglas?

_____ ¿Esta tratando de quedar embarazada?

¿Cuándo fué su último Papanicolau? _____

¿Cuál fué el resultado? _____

Hospitalizaciones, enfermedad, y cirugía además de embarazo: (incluye hospitalizaciones de infancia)

Brad Drexler, M.D.

431 A March Ave.
Healdsburg, CA 95448
(707) 431-8843

1144 Sonoma Ave. #119
Santa Rosa, CA 95405
(707) 545-0717

Año Nombre de hospital/Ubicación Tipo de enfermedad/cirugía

Sí	No	
___	___	Si ha pasado la menopausia, ¿ha tenido algún sangrado?
___	___	¿Tiene dolor, sangrado, u otros problemas con las relaciones sexuales? (marque a uno)
___	___	¿Alguna vez ha tenido infecciones transmitidas sexualmente? (marque a uno) Gonorrea, Clamidia, Herpes, Sífilis, Verrugas genitales, Tricomoniasis, otra
___	___	¿Ha tenido alguna vez infecciones de los tubos o matriz?
___	___	¿Su pareja(s) ha tenido uretritis (ardor/descarga del pene) en los últimos 6 meses?
___	___	¿Ha tenido muchas infecciones vaginal?
___	___	¿Cuándo orina, tiene ardor o frecuencia?
___	___	¿Orina cuándo tose o estornuda?
___	___	¿Ha tenido muchas infecciones de la vejiga?
___	___	¿Ha tenido alguna vez un Papanicolau anormal?
___	___	¿Tiene desarrollo excesivo de los senos, dolor, o desecho?
___	___	¿Ha tenido alguna vez un bulto en los senos?

Alergias: (Favor de anotar cualquier medicina que le cause reacciones alérgicas) _____

Medicamentos: (Favor de anotar todos sus medicamentos) _____

Hábitos Personales:

Sí	No	
___	___	¿Usa Ud. tabaco? Cajetillas por día ____ Número de años ____
___	___	¿Toma Ud. alcohol? ¿Cuántas bebidas de alcohol toma usted cada semana? _____
___	___	¿Usa Ud. drogas ilícitas diario o semanal? Si respondió si, ¿qué tipo? _____
___	___	¿Ha ganado o perdido 10 libras en el último año? ¿Cuál es su peso normal? _____
___	___	¿Es su dieta baja en alimentos grasos como carne roja, alimentos fritos, helado, leche entera, o mantequilla?
___	___	¿Tiene más de 10 años que se puso una inyección del tétano?
___	___	¿Hace ejercicio? Si respondió sí, ¿qué actividades? _____
___	___	¿Ha tenido una mamografía? Si respondió sí, el año del último: _____
___	___	¿Alguna vez le han revisado su colesterol?

Si respondió sí, el año del último: _____ ¿Era alto? ____

Nombre: _____

Brad Drexler, M.D.

431 A March Ave.
Healdsburg, CA 95448
(707) 431-8843

1144 Sonoma Ave. #119
Santa Rosa, CA 95405
(707) 545-0717

Historia clínica familiar:

Sí	No	Si respondió sí, ¿quién?	Sí	No	
___	___	Diabetes _____	___	___	Enfermedad de corazón _____
___	___	Cáncer del seno _____	___	___	Otra cáncer _____
___	___	Derrame cerebral _____	___	___	Tipo: _____
___	___	Enfermedad mental _____	___	___	La presión sanguínea alta _____
___	___	Epilepsia _____	___	___	Colesterol alto _____
___	___	Tuberculosis _____	___	___	Enfermedades genéticas _____
___	___	Alcoholismo _____	___	___	Tipo: _____

Ha tenido alguna vez:

Sí	No		Sí	No	
___	___	Diabetes	___	___	Asma
___	___	Enfermedad de tiroides	___	___	Anemia
___	___	Migraña	___	___	Cáncer, tipo: _____
___	___	Hepatitis, ictericia, problemas con hígado	___	___	Dolor en el pecho
___	___	Trastorno emocional incluyendo depresión	___	___	Transfusión de sangre
___	___	Prolapso mitral	___	___	Soplo cardíaco
___	___	Bultos o hinchazón anormales	___	___	Sangre en las heces
___	___	Tuberculosis o prueba de tuberculina en la piel positiva	___	___	Flebitis (trombosis venoso o embolismo pulmonar)

Otros problemas médicos:
