

Brad Drexler M.D.

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

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, perdió el embarazo) | Complicacions (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?
¿Cuando fué su último Papanicolau? _____
¿Cuál fué el resultado? _____

Brad Drexler M.D.

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

Nombre: _____

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

| Año | Nombre de hospital/Ubicación | Tipo de enfermedad/cirugía |
|-------|------------------------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Si **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:

Si **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 sí, ¿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? _____ |

Brad Drexler M.D.

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

Nombre: _____

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:
