

Lifespring Women's Healthcare

J. Todd Hannah, MD

Lawrence Schmitz, MD

Amy Fry, MD

Lorie Oswalt, APN

Historial Medica

Nombre _____ Fecha de Nacim. _____ Fecha de Hoy _____

Historial Medica Pasado:

- Perdida de Peso [] Si [] No Aumento de Peso [] Si [] No Cuajulos de Sangre [] Si [] No
Transfucion de sangre [] Si [] No Problemas de Corazon [] Si [] No Problemas de Sangreo [] Si [] No
Alta Presion [] Si [] No Diabetes [] Si [] No Problemas de Pulmon [] Si [] No
Dolor de Cabeza [] Si [] No Enfermedad de Tiroides [] Si [] No Enfermedad de Hgado [] Si [] No
Ataques [] Si [] No Problemas de Estomago [] Si [] No Cancer [] Si [] No
Enfermedad del Riñon [] Si [] No Ansiedad/Depresion [] Si [] No Herpes Genital [] Si [] No
Enfermedades Trasmittidas Sexualmente (VIH, Ganorrhea, Clamedia)

Historial Ginecologo:

Edad de primer menstraucion: _____ Edad del ultimo periodo: _____ Primer dia del ultimo periodo: _____
Numero de dias entre periodos: _____ Cuantos dias duran sus periodos? _____
Cuajulos de sangre con sus periodos? [] Si [] No
Como describira sus colicos? [] Suave [] Moderado [] Severo
Fecha del ultimo papanicolado? _____ [] Normal [] Abnormal
Fecha del ultimo mamograma? _____ [] Normal [] Abnormal

Historial obstetrico:

Total numero de embarazos _____ Partos prematuros (menos de 37 semanas) _____ Perdida de Embarazo _____
Abortos _____ Numero total de hijos vivientes _____
Año del Emb. Semanas de Emb. M/F Peso al nacer Tipo de parto Complicaciones Hospital
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Medicamentos: (Favor de incluir los que tome diariamente y los que tome sin receta)

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Alergias a medicamentos/alergias a latex/ alergias a comidas

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Hospitalizaciones:(Favor de anotar todas las operaciones y enfermedades. No incluya admisiones de embarazo)

Año Tipo de Sirugia o Enfermedad Hospital
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Historial familiar de enfermedad:

[] Diabetes [] Cuajulos de Sangre en Pulmones o Piernas [] Alto Colesterol [] Cancer de Seno
[] Cancer de Ovario [] Cancer Uterano [] Otro: _____

Historial Social:

Uso de Tabaco: Cigaros por dia _____ # de años _____ Uso de Alcohol: [] Raramente [] Fin de Semanas [] Diario
Uso De Drogas: [] Si [] No