

Centennial Ob/Gyn

Luis J. López-Benítez, MD, FACOG
 6850 North Durango Drive, Suite 420, Las Vegas, NV 89149
 Tel: (702) 476-1100 Fax: (702) 476-1101

Historial Médico

Nombre : Fecha :

MRN:

1. ¿Cuándo fue su último periodo menstrual?

2. Sí No ¿Son sus periodos regulares? ¿Cuánto duran usualmente?

3. Por favor liste todos sus embarazos, incluyendo pérdidas y abortos:

Fecha	Edad gestacional (semanas)	Parto vaginal o cesárea	Peso del bebé	Hospital	Niños Vivos (Sí o No)	Complicaciones

4. Marque cualquier condición que tenga o haya tenido en el pasado:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Desorden al comer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroide | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes de orina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Coágulos (Deep Venous Thrombosis) |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Fibromas | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> von Willebrand's disease u otros desórdenes de sangrado | <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique abajo | |

Descripción:

5. Sí No ¿Es alérgica a algún medicamento o comida?

De ser así, por favor indique:

6. Por favor indique cualquier cirugía u hospitalización:

7. Sí No ¿Ha recibido transfusiones de sangre?
De ser así, por favor indique la razón de esta:

8. Sí No ¿Fuma cigarrillos? ¿Si fumaba antes, cuando dejó de fumar?
¿Cuántos cigarrillos por día?

9. Sí No ¿Usted bebe alcohol? ¿Qué tipo de bebidas?
¿Cuan frecuente? Todos los días En ocasiones Otro

10. Por favor indique cualquier droga recreacional o ilícita que haya usado o esté usando:

11. Sí No ¿Tiene usted, o cualquier persona en su familia, historial de problemas con anestesia?
De ser así, por favor describa:

12. Sí No ¿Tiene usted alguna objeción religiosa a alguna forma de tratamiento médico (ej. transfusiones de sangre)? De ser así, por favor describa:

13. Sí No ¿Está tomando algún medicamento (incluyendo hierbas y medicamentos naturales)?
De ser así, por favor especifique:

Nombre	Dosis	Cantidad (# de pastillas)	Frecuencia (# de veces por día)
a. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. ¿Cuándo fue su última prueba de Pap?
 Sí No ¿Ha tenido alguna prueba de Pap anormal?
De ser así, ¿cuándo y cómo fue tratada y cuál fue el diagnóstico?:

15. Sí No ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?
De ser así, ¿cuándo fue la última y cuál fue el resultado?

16. Sí No ¿Ha tenido algún familiar cercano con cáncer (padres, abuelos, hermanos o hijos)?

De ser así, ¿quién y qué tipo de cáncer?:

17. Historial familiar:

Familiar	Edad actual	Edad al morir	Problemas médicos o causa de muerte
Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. Especifique su farmacia predilecta para medicamentos y las carreteras en que está localizada:

Firma del paciente: _____

Fecha: