

Nuevo Paciente-Ginecología



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

Por favor, expliqué si has tenido o tienes condiciones/problemas medicas \_\_\_\_\_

¿Usted tiene o ha tenido alergias a medicinas? SI / NO \*Si contesto 'si' por favor expliqué \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido cirugías? SI / NO \*Si contesto 'si' por favor nombre todos \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima mamografía \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima densidad de huesos \_\_\_\_\_

**Historia de salud familiar – Circule las condiciones o enfermedades en su familia**

Alta presión    Asma    Cáncer en los senos    Cáncer uterino    Cáncer ovárico

Cáncer en el colon    Diabetes    Enfermedad del corazón    Enfermedad de pulmones

Enfermedad de riñón    Enfermedad de la sangre    Epilepsia    Enfisema

¿Hay alguna otra enfermedad en su familia? \_\_\_\_\_

Medicinas tomando actualmente (incluyendo sin receta/prescripción) \_\_\_\_\_

**EMPLEADOS SOLAMETE**

HT	WT	B/P
----	----	-----