

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

Número de contacto preferido: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviar mensajes de texto relacionados con las citas a su móvil?  Sí  No

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Podemos contactarla por correo electrónico?  Sí  No

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección, ciudad, estado, C. P.

Estado civil (marque uno):  Casada  Divorciada  Viuda  Convivo con mi pareja  Soltera

En caso de que no podamos contactarla por los medios que proporcionó antes, queremos saber si tenemos permiso de hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento. Al aportar la siguiente información, nos autoriza a hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

## Social:

- |   |                         |  |   |
|---|-------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estoy activa a nivel sexual. | <input type="radio"/> O | <input type="checkbox"/> Quiero estar activa a nivel sexual.                 | <input type="checkbox"/> No quiero estar activa a nivel sexual. |
| <input type="checkbox"/> He completado mi familia.    | <input type="radio"/> O | <input type="checkbox"/> NO he completado mi familia.                        |   |
| <input type="checkbox"/> Mi vida sexual ha sufrido.   | <input type="radio"/> O | <input type="checkbox"/> No he logrado alcanzar el orgasmo o es muy difícil. |   |

## Hábitos:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fumo _____ cigarrillos o cigarros por día.    | <input type="checkbox"/> Uso _____ cigarrillos electrónicos por día.       | <input type="checkbox"/> Consumo _____ cafeína por día. |
| <input type="checkbox"/> Consumo _____ bebidas alcohólicas por semana. | <input type="checkbox"/> Consumo más de 10 bebidas alcohólicas por semana. |   |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE

(CONTINUACIÓN)

## Alergias a medicamentos

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas con la anestesia local?  Sí  No ¿Tiene alergia al látex?  Sí  No

Medicamentos que toma en la actualidad: \_\_\_\_\_

Reemplazo hormonal actual  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Terapia pasada de reemplazo hormonal: \_\_\_\_\_

## Antecedentes familiares:

Enfermedad  Diabetes  Osteoporosis  Alzheimer o demencia  Cáncer de mama  Otros \_\_\_\_\_ cardíaca

## Antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama                           | <input type="checkbox"/> Senos fibroquísticos o doloridos         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de útero                          | <input type="checkbox"/> Mioma uterino                            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario                         | <input type="checkbox"/> Períodos irregulares o fuertes           |
| <input type="checkbox"/> Ovarios poliquísticos/PCOS               | <input type="checkbox"/> Migrañas menstruales                     |
| <input type="checkbox"/> Acné                                     | <input type="checkbox"/> Histerectomía con extirpación de ovarios |
| <input type="checkbox"/> Exceso de vello en el rostro o el cuerpo | <input type="checkbox"/> Histerectomía parcial (solo útero)       |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad                             | <input type="checkbox"/> Oforectomía, solo extirpación de ovarios |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis                            |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones                 |   |

## Método anticonceptivo:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Menopausia               |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía            |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas      |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía               |
| <input type="checkbox"/> DIU                      |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad             |
| <input type="checkbox"/> Otros _____              |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE

(CONTINUACIÓN)

## **Historia clínica:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o hipertensión                            | <input type="checkbox"/> Derrame o ataque cardíaco          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> VIH o cualquier tipo de hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular u otra arritmia                           | <input type="checkbox"/> Hemocromatosis                     |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre o embolia pulmonar                            | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico             |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica (hepatitis, hígado graso, cirrosis) | <input type="checkbox"/> Diabetes                           |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides          |
| <input type="checkbox"/> Cabello quebradizo  | <input type="checkbox"/> Lupus u otra enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño   | <input type="checkbox"/> Otros _____                        |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   |   |