

E. HISTORIA DE EMBARAZOS

¿Embarazos? SI NO

Num	Edad	Sex	P	C	A	Otro	Peso	Complicaciones
1								
2								
3								
4								
5								
6								

F. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

¿Desea embarazarse en el próximo año? SI NO

¿Numero total de hijos deseados?

¿Cuáles métodos de planificación familiar ha usado?

Tipo	Tiempo de uso	Problemas/Complicaciones

G. HISTORIA GINECOLÓGICA

¿Edad a la que empezó a menstruar?

¿Cada cuando presenta su menstruación?

¿Cuántos días dura la menstruación?

¿Es abundante? SI NO

¿Es regular su menstruación? SI NO

Fecha de última menstruación: ___/___/___ Normal Anormal

¿Durante la menstruación experimenta cólicos, distensión abdominal, problemas intestinales, cambios emocionales? SI NO

¿Presenta Sangrado intermenstrual? SI NO

¿Tiene actividad sexual? SI NO

¿Desde que edad?

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido? _____
 Hombre Mujer Ambos

¿Dolor durante la actividad sexual? SI NO

¿Fecha de último Papanicolau? ___/___/___

¿Resultado? Normal Anormal

¿Historia de alguna enfermedad de transmisión sexual? SI NO

Especificar:

H. HISTORIA SOCIAL

¿Se considera usted una persona espiritual? SI NO

¿Practica usted alguna religión? SI NO

¿Cuál?

¿Esta cumpliendo sus metas personales? SI NO

¿Esta usted cumpliendo sus metas profesionales? SI NO

¿Lleva usted un estilo de vida estresada? SI NO

¿Sus relaciones familiares son satisfactorias? SI NO

¿Sus relaciones interpersonales son satisfactorias? SI NO

H. FIRMA PACIENTE

En el mejor de los entendidos certifico que la información proporcionada es verdadera y completa

Nombre

Firma de Paciente

H. FIRMA STAF QUE REvisa LA HISTORIA

Nombre:

Firma:

H. COMENTARIOS POR MEDICO