

OB

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Abajo por favor llenar las respuestas por cada embarazo incluyendo abortos espontaneo.

	Fecha de nacer	se manas	Labor (hras)	Peso de bebe/Sexo	Vag/CSection	Epid Si / N	Preterm Labor?	Gano peso	Comentarios / Complicaciones	Hospital
1				M						
				F						
2				M						
				F						
3				M						
				F						
4				M						
				F						
5				M						
				F						
6				M						
				F						



Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Nombre Preferido Llamarse: _____

Referido de: _____

Motivo de visita: Anual Problema

Su problema: _____

Enumere los Medicamentos que esta tomando actualmente:					
Nombre de Drogas	Dosis	Medico	Nombre de Drogas	Dosis	Medico
SUS ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS (GUANTES DE LATEX, ECT...)		LISTA:			

OB	SI	NO		SI	NO
Anemia			Hepatitis / ictericia		
Ansiedad			Herpes / HSV		
Artritis y dolor articular			Presion Alta		
Asma			Colesterol alto		
Transfusiones de sangre			VIH / SIDA		
Cáncer de mama			Infecciones renales y las infecciones de tracto urinario		
Otro tipo de Cáncer			Cálculos renales		
Clamidia			Neumonía		
Enfermedad pulmonar crónica			Fiebre reumática		
Depresión			Trastornos del humor		
Diabetes			Derrame		
Trastorno alimentario			Sífilis		
Fractura			Tuberculosis - TB		
Problemas gastrointestinales			Ligadura de trompas		
Glaucoma			Enfermedad de tiroides		
Gonorrea / GC			Ulceras		
Problemas de corazón			Otros:		

OB			
Circula si alguien de su familia han tenido lo siguiente:			
PRINCIPALES ENFERMEDADES	Si	NO	Que familiar: de la Madre o del Padre
Anemia			
Artritis			
Asma			
Problemas intestinales y ulceras			
Cáncer de mama			
Cáncer			
Enfermedad pulmonar crónica			
Depresión			
Diabetes			
Glaucoma			
Problemas/murmullo del corazón			
Hepatitis/ictericia			
Presión alta			
Colesterol alto			
Las infecciones renales			
Derrame			
Enfermedad de la tiroides			
Tuberculosis – TB			
Otros:			

OB CUANDO FUE SU ÚLTIMA PRUEBA O INMUNIZACION?			
Vacuna Antigripal (flu)	Fecha		Fecha
Neumonía		Prueba de Piel - TB	
Varicela		Tétanos	
ENUMERE CUALQUIER PASADO LESIONES O ENFERMEDADES:			
TIPO	FECHA	TIPO	FECHA
ENUMERE LAS OPERACIONES Y HOSPITALIZACIONES:			
CIRUGIA / HOPITALIZACION / RAZON	FECHA	CIRUGIA / HOPITALIZACION / RAZON	FECHA

SU HISTORIA OBSTETRICA	NUMERO		NUMERO
NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS		Nacimientos de termino completo	
Parto prematuro (menos de 37 semanas)		Abortos / terminación	
Abortos espontáneos		Niños vivos	

SU HISTORIA DE GINECOLOGIA

Esta usando algo para evitar embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Condón	<input type="checkbox"/> Nuvaring (anillo)
<input type="checkbox"/> Depo Provera	<input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Dispositivo	<input type="checkbox"/> Familia Plan / ritmo natural
- Fecha insertado:	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Pastilla Anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Vasectomía
- Nombre:	<input type="checkbox"/> Retirada
<input type="checkbox"/> Espuma/jalea anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Otro:
Que pruebas ha hecho y cuando?	
Densidad ósea _____ Mamografía _____	
Colonoscopia y sigmoidoscopia _____ Ultimo Papanicolaou normal _____	
Ultimo Papanicolaou anormal _____	
Tratamiento anterior de Papanicolaou anormal _____	
Qué edad tenía su primer periodo? : _____	
Cada cuantos días te baja la regla? _____ días	
Cuantos días te dura la regla? _____ días	Flujo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pesado
Fecha del último periodo: _____	Esta segura de la fecha? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Era un periodo normal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OB

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Enumere los Hábitos			
Usas un cinturón?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	
Hace un auto examen de seno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Como a menudo: _____
Tienes una silla del carro para bebe?	Si	No	
Estas planeando dar pecho al bebe?	Si	No	
Estas planeando un epidural por el parto?	si	no	
Quieres ligar los tubos después del parto ¿	si	no	
Si tienes barón, quieres circucción?	si	no	
Si has tenido cesaría, quieres cesaría de nuevo?		Si	no
Tu peso antes del embarazo?			
Tienes pediatra?	Si	No	Quien? _____
Tienes gatos?	Si	No	
Hace ejercicio?			
	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Menos de 3 veces por semana	<input type="checkbox"/> Mas de 3 veces por semana
Primera relación sexual a edad: _____ Nuevo socio sexual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
Parejas sexuales de por vida <input type="checkbox"/> Menos de 5 <input type="checkbox"/> Mas de 5			
Fumar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE			
Paquetes por día: _____ numero de anos: _____ detenido _____ anos			
Alcohol <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			
Bebidas por día: _____ Bebidas por semana: _____			
Usuario de drogas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			
Tipo: _____ Frecuencia: _____			

Historia de abuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Emocional	<input type="checkbox"/> Sexual			
Ocupación:					
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> Otro _____
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Comprometida	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Viuda

Estudio de vejiga y salud pélvica

¿Qué síntomas mejores se describen? Compruebe todo lo que corresponda.

- ↑ Frecuencia urinaria: día, noche, o ambos
- ↑ Tiene urgencia urinaria de momento fuerte?
- ↑ Si le sale el orina, con poca o ninguna advertencia: a veces no se puede hacer al baño en tiempo
- ↑ Puede vaciar la vejiga - ha podido se siente como que hay más aun después de anular
- ↑ Si le sale el orina accidental con la actividad física como ejercicio, estornudos o tos
- ↑ Dolor de Vejiga o dolor pélvico
- ↑ No tengo problemas de vejiga (no es necesario para continuar la encuesta)

¿Cuánto tiempo ha tenido alguno de estos síntomas? _____

¿Que síntoma le molesta mas para usted? _____

Has probado medicamentos para ayudar a los síntomas de la vejiga? ↑ Sí ↑ No

En caso afirmativo, comprobar los medicamentos que ha probado:

↑ Detrol LA	↑ Elavil	↑ Oxybutynin	↑ Toviaz
↑ Ditropan XL	↑ Elmiron	↑ Oxytrol Patch	↑ Vesicare
↑ Enablex	↑ Gelnique	↑ Sanctura XR	↑ Otro _____

Indique el número indicado alejo en relación el tratamiento con medicamento:

Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún alivio								completamente curado		

Usted sigue tomando cualquiera de estos medicamentos? ↑ Sí No

Si No, ¿por qué ha detenido de tomarlos?

↑ No funcionó como se esperaba	↑ Efectos secundarios	↑ Gastos
↑ Interacción con otros medicamentos	↑ Otros	

Si los efectos secundarios u otros, explique: _____

¿Trataron de modificaciones conductuales? _____

(i.e. –reduces la ingesta de líquidos, reducción de cafeína; Ejercicios de Kegel; terapia física; cambios de estilo de vida)

¿Cuál es su nivel de frustración con los síntomas de la vejiga? Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No frustrado								muy frustrado		

¿Tienes algún problema con la función intestinal?

↑ Incontinencia fecal	↑ Del estreñimiento	↑ otros	ninguno
-----------------------	---------------------	---------	---------

¿Estás interesado en aprender más acerca de las alternativas de tratamiento adicional a los medicamentos de vejiga?

Si o No