OB

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? ☐ SI ☐ No	
☐ Condón	☐ Nuvaring (anillo)
☐ Depo Provera	☐ Parche anticonceptivo
☐ Diafragma	☐ Ninguna
☐ Dispositivo	☐ Familia Plan / ritmo natural
- Fecha insertado:	☐ Ligadura de trompas
☐ Pastilla Anticonceptiva	☐ Vasectomía
– Nombre:	☐ Retirada
☐ Espuma/jalea anticonceptiva	☐ Otro:

Que pruebas ha hecho y cuando?

Densidad ósea _____ Mamografía_____

Colonoscopia y siqmoidoscopia _____ 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: ☐ Leve ☐ Mediano☐ Pesado

Fecha del último periodo: _____ Esta segura de la fecha? ☐ Si ☐ No

Era un periodo normal? ☐ Si ☐ No

OB

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Enumere los Hábitos
Usas un cinturón? ☐ SI ☐ No
Hace un auto examen de seno? ☐ SI ☐ 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 circuición? 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? ☐ Ninguno ☐ Menos de 3 veces por semana ☐ Mas de 3 veces por semana
Primera relación sexual a edad: _____ Nuevo socio sexual? ☐ SI ☐ No
Parejas sexuales de por vida ☐ Menos de 5 ☐ Mas de 5
Fumar ☐ SI ☐ No ☐ ANTERIORMENTE Paquetes por día: _____ numero de anos: _____ detenido _____anos
Alcohol ☐ SI ☐ No ☐ Anteriormente Bebidas por día: _____ Bebidas por semana: _____
Usuario de drogas ☐ SI ☐ No ☐ Anteriormente Tipo: Frecuencia:

Historia de abuso	☐ SI	☐ No				
☐ Física	☐ Emocional	☐ Sexual				
Ocupación:						
Raza	☐ Blanco	☐ Afroamericano	☐ Hispano	☐ Asia	☐ Otro _____	
Estado Civil	☐ Soltero	☐Comprometida	☐ Casada	☐ Divorciada	☐Viuda	

OB

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

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

	Fecha de nacer	se ma nas	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						

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