



Historial Médico

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamento actual (incluya dosis (cantidad) por dia)

Medicamento	Dosis	Frequencia

Alergia a algun medicamento: Sí No

Liste: _____

Historial Quirurgica: Sí No

Año	Cirugia

Hospitalización: Sí No

Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón

Historial Social:

¿Fuma /usa tabaco? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Usa tabaco en un método diferente? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuánto por día? _____

¿Usa drogas? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume alcohol? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume cafeína? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo de pantalla tiene al día? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Hospital de Nacimiento:

Alexian Brothers Hospital Northwest Community Hospital Sherman Hospital St. Alexius Hospital

Central DuPage Hospital Other: _____

Historial Familiar: Marque una "X" para indicar que la respuesta es sí.

Histórial de ginecología / obstetricia (Complete la siguiente sección si es mujer)

¿Cuál es el día de su último ciclo menstrual? _____ ¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual? _____

¿A tenido un Papanicolaou? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuál es la fecha de su última prueba?

¿Cuál es la frecuencia de su período? _____ ¿Cuántos días dura su ciclo menstrual? _____

¿Usa anticonceptivos? Sí No Si la respuesta es sí, ¿De qué tipo? _____

¿A tenido una mamografía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuando y donde?

¿A tenido una mamografía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuando y donde? _____

¿A tenido una mamografía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuando y donde? _____

Historial de Embarazo (Todos los embarazos)

No he estado embarazada

Historial obstétrico incluyendo abortos y embarazos ectópicos.