

Formulario de historial clínico.



1) Datos generales del paciente

Nombre completo: _____

Email: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Escolaridad/Ocupación; _____

Tipo de Sangre (A+ (A- (B+ (AB+ (AB- (O+ (O-

Estado Civil (Soltera (Casada (Unión Estable

2) Antecedentes patológicos familiares

Si usted tiene familiares con antecedentes patológicos marque "Sí" o "No" para cada uno de los antecedentes listados abajo, a continuación especifique qué familiares poseen esta condición.

Hipertensión sistémica Sí No , Especifique qué familiar _____

Diabetes mellitus Sí No , Especifique qué familiar _____

Trastorno de tiroides Sí No , Especifique qué familiar _____

Cáncer Sí No , Especifique qué familiar _____

Condición inmunológica Sí No , Especifique qué familiar _____

Otros, especifique _____ , Especifique qué familiar _____

3) Antecedentes personales no patológicos

Seleccione los antecedentes personales no patológicos listados abajo.

¿Consumo tabaco? Si la respuesta es “Sí” indique desde hace cuanto _____

¿Consumo alcohol? Si la respuesta es “Sí” indique desde hace cuanto. _____

¿Consumo usted algún tipo de drogas? Si la respuesta es “Sí” indique desde hace cuanto.

¿Consumo usted algún tipo de ansiolíticos? Sí (___) No (___)

Si la respuesta es “Sí” por favor indique cuáles, desde cuándo y cuánto consume: _____

¿Consumo usted algún tipo de antidepresivos? Sí (___) No (___)

Si la respuesta es “Sí” por favor indique cuáles, desde cuándo y cuánto consume: _____

¿Alergias a alimentos? Sí (___) No (___)

Si la respuesta es “Sí” por favor indique cuáles: _____

¿Alergias a medicamentos? Sí (___) No (___)

Si la respuesta es “Sí” por favor indique cuáles: _____

4) Vacunas

Marque con una “X” en la respuesta según sea su caso.

¿Se ha aplicado vacuna del papiloma (VPH)?

- No me he aplicado
- Sí, 1 dosis
- Sí, 2 dosis

¿Se ha aplicado vacuna Covid-19? Sí (___) No (___)

Si su respuesta es sí, especifique cuál y la cantidad de dosis

- AztraZeneca, cantidad de dosis _____
- Moderna, cantidad de dosis _____
- Pfizer-BioNTech, cantidad de dosis _____
- Sputnik V, cantidad de dosis _____
- Sinovac-CoronaVac, cantidad de dosis _____
- Novavax, cantidad de dosis _____
- Janssen, cantidad de dosis _____

5) Antecedentes patológicos personales

Describa los antecedentes personales patológicos listados abajo. A continuación provea detalles de los mismos y una fecha o edad aproximada de diagnóstico o realización (en el caso de cirugías o tratamientos).

¿Enfermedades o condiciones crónicas que padece? No (___), Sí (___), indique qué tipo de condición y la fecha estimada de diagnóstico

- 1) _____, Fecha _____
- 2) _____, Fecha _____
- 3) _____, Fecha _____

¿Tiene usted antecedentes de cirugías? No (___), Sí (___) indique qué tipo de cirugía y la fecha estimada de realización

- 1) _____, Fecha _____
- 2) _____, Fecha _____
- 3) _____, Fecha _____

¿Se ha realizado usted transfusiones sanguíneas? No (___), Sí (___) indique fecha aproximada de la última vez

Seleccione antecedentes patológicos que usted padece

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón (cardiopatías) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides (hipertiroidismo) |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides (hipotiroidismo) |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Ovario poliquístico | <input type="checkbox"/> Trastornos del humor (bipolar, depresión) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Está usted tomando algún medicamento actualmente o vitaminas? No (___), Sí (___), indique qué tipo de medicamento y las dosis que toma

- 1) _____, Dosis _____
- 2) _____, Dosis _____
- 3) _____, Dosis _____
- 4) _____, Dosis _____

6) Antecedentes personales ginecológicos

Describa sus antecedentes personales ginecológicos, especifique los datos adicionales solicitados.

Menarca (Especifique edad aproximada de primera menstruación) _____

VSA (Indique edad de inicio de vida sexual activa) _____

Fum (Especifique fecha de su última menstruación) si es su caso _____

Especifique si usted está utilizando algún tipo de anticonceptivo _____

Especifique la regularidad de sus ciclos y cuánto dura su período _____, _____

¿Se ha realizado prueba de Papanicolau (PAP)/citología cérvico-vaginal?

Sí (___), No (___) Especificar fecha _____

¿Se ha realizado algún tratamiento en el cérvix (cuello uterino)?

Sí (___), No (___) Especificar fecha _____

¿Se ha realizado ultrasonidos pélvicos? Sí (___), No (___)

Sí (___), No (___) Especificar fecha y resultado _____

¿Se ha realizado ultrasonidos de mamas o mamografía bilateral? Sí (___), No (___)

Sí (___), No (___) Especificar fecha y resultado _____

Si usted ha tenido embarazos, especifique el número: _____

¿Cómo fueron sus partos? (___) No tengo hijos, (___) Todos fueron partos naturales, (___) Todos fueron cesáreas,

(___) Todos fueron partos inducidos, (___) He tenido partos naturales y cesáreas

Si usted ha tenido pérdidas, especifique el número: _____

7) Déjanos estos datos

Déjanos saber quién te ha recomendado con nosotros, si fue algún familiar, amigo o si nos vistes por internet o redes sociales. Así como también un contacto de emergencia.

¿Tiene póliza de seguros? Sí (___), No (___)

Si la respuesta es "Sí" especifique cuál: (___) Seguros América, (___) Assa, (___) La Fise, (___) INISER, (___) Mapfre, (___) Otro

¿Quién te recomendó con nosotros? _____ Número de contacto de emergencia _____

Declaro que la información que he proporcionado es correcta y está completa

"Gracias por completar tu formulario. Para mí es muy importante conocer más acerca de tu salud y poder estudiarla. Recuerda venir preparada para tu cita, cualquier duda ponte en contacto."