

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



**TAHOE FOREST  
WOMEN'S CENTER**

**Antecedentes médicos**

De las siguientes opciones, marque si tiene antecedentes personales o familiares:

**PERSONALES**

**FAMILIARES**

1	Alergias/hipersensibilidad a algún medicamento		
2	Problemas cutáneos/capilares		
3	Hipertensión arterial		
4	Enfermedades tiroideas		
5	Diabetes		
6	Anemia/trastornos hemorrágicos/anemia drepanocítica		
7	Enfermedades en las mamas		
8	Enfermedades pulmonares (asma, tuberculosis, enfisema)		
9	Cardiopatías, ataque cardíaco antes de los 50 años		
10	Fiebre reumática		
11	Prolapso de la válvula mitral		
12	Coágulos, flebitis, embolia, ataque cerebrovascular		
13	Várices		
14	Migrañas		
15	Desmayos, mareos		
16	Enfermedades hepáticas, hepatitis, ictericia		
17	Colecistopatía		
18	Úlcera, otras enfermedades intestinales		
19	Hernia		
20	Problemas renales		
21	Cistitis/infección urinaria		
22	Vaginitis		
23	Enfermedad pélvica inflamatoria		
24	Prueba de Papanicolaou anormal		
25	Enfermedades de transmisión sexual (marque con un círculo)		
	Gonorrea, sífilis, herpes, clamidia, verrugas		
26	Infertilidad		
27	Exposición al DES		
28	SIDA/Complejo relacionado al SIDA		
29	Síndrome premenstrual		
30	Otros problemas ginecológicos		
31	Enfermedades musculares/óseas/articulares		
32	Convulsiones, epilepsia, enfermedades neurológicas		
33	Depresión, enfermedades psiquiátricas		
34	Cáncer		
35	Accidentes graves		
36	Transfusiones de sangre		
37	Cirugías/operaciones (enumérelas e incluya la fecha)		
38	Complicaciones/reacciones por la anestesia		
	Consumo de tabaco (marque con un círculo): ¿Algunas vez consumió o lo hace actualmente? ¿Durante cuántos años? _____		
39			
40	Consumo actual de alcohol: Cant. de tragos por semana: _____		
41	Drogas ilegales: tipos: _____		
42	Enumere los medicamentos que toma actualmente y la dosis: _____		