

Memorial Hermann Medical Group
New Patient Medical History Form - Obstetrics and Gynecology

Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Contacto telefónico preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Número alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Motivo de la visita:	

Historial médico del paciente y familiar:

Afección	Paciente	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Alergias					
Citología vaginal anormal					
Anemia					
Complicaciones anestésicas					
Ansiedad/Depresión					
Asma/Enfermedad reactiva de las vías respiratorias					
Trastorno autoinmune					
Coágulos sanguíneos					
Transfusiones de sangre					
Patologías mamarias					
Cáncer					
Gatos en casa					
Varicela					
Diabetes					
Enfisema					
Gota					
Ataque al corazón					
Insuficiencia cardíaca					
Hipertensión					
Colesterol elevado					
VIH					
Drogas ilegales					
Infertilidad					
Enfermedad renal					
Enfermedad hepática					
Lupus					
Linfoma/Leucemia					
Migrañas					
Trastorno neurológico					
Trastorno psiquiátrico					
Enfermedad renal					
Sensible a RH					
Osteoporosis					

**MEMORIAL
HERMANN**

Obstetrics and Gynecology
New Patient
Medical History Form



Memorial Hermann Medical Group
New Patient Medical History Form - Obstetrics and Gynecology

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
----------------------------	----------------------------

Afección	Paciente	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Reflujo/Úlceras					
Convulsiones					
Apoplejía					
Suicidio					
Tatuajes (de responder "sí", ¿cuántos?)					
Enfermedad de la tiroides					
Historial de traumatismos					
Anomalías uterinas					
Varices/TVP					
Otros:					

Historial quirúrgico: _____

Hospitalizaciones: _____

Doctores y especialistas anteriores: _____

Estilo de vida:	Sí	No	Pasado	Frecuencia	Tipo
Tabaco					
Alcohol					
Drogas recreativas					
Ejercicio					

Historial menstrual	
Fecha de último ciclo menstrual: _____	Duración del ciclo: _____
¿Sus períodos son regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Flujo: <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante ¿Cuántos días de flujo abundante? _____	
¿Ha tenido cambios en sus períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha experimentado dolor durante sus períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma medicamentos para el dolor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si ha respondido "sí", indique los medicamentos: _____	

**MEMORIAL
HERMANN**

Obstetrics and Gynecology
 New Patient
 Medical History Form



Memorial Hermann Medical Group

New Patient Medical History Form - Obstetrics and Gynecology

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

Historial obstétrico					
	Número		Número		Número
Embarazos		Hijos nacidos vivos		Abortos	
Partos prematuros		Abortos espontáneos		Hijos vivos:	
Nombre del padre:		Raza:		Etnia:	

NO.	Fecha del parto	N.º de semanas de embarazo	Clase y anestesia (vaginal, cesárea, aborto espontáneo, aborto)	Horas de parto	Lugar de nacimiento	Peso al nacer	Sexo	Complicaciones (durante el embarazo o el parto)
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Exámenes genéticos y de riesgo					
¿Tiene más de 35 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente o su pareja tiene antecedentes de herpes genital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defectos en el tubo neural	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exposición a tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trisomía 21	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarpullidos o enfermedades virales desde el último período	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia drepanocítica o rasgo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historial de susceptibilidad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno cromosómico genético heredado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Posible sensibilidad a la varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Tay Sachs	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno metabólico maternal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras manifestaciones o historia de infección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Talasemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdidas recurrentes de embarazos o bebés nacidos muertos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros exámenes genéticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Canavan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corea de Huntington	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pareja con antecedentes de VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**MEMORIAL
HERMANN**

Obstetrics and Gynecology
New Patient
Medical History Form



Historial sexual	
Edad de la primera relación sexual: _____	
Tiene relaciones sexuales actualmente (en el último mes): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido más de 4 parejas sexuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se le ha diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Método actual de anticoncepción: _____	
¿Ha utilizado algún método de control de natalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si ha respondido "sí", ¿durante cuánto tiempo? _____	

Atención preventiva	Fecha	Resultado	
Colonoscopia			
Densidad ósea			
Mamografía			
Citología vaginal			
Vacuna contra la gripe			
Vacuna contra la neumonía (más de 65)			
Refuerzo de la vacuna antitetánica- TDaP			
VPH			

Alergias a la medicación: _____

Otras consideraciones/problemas: _____

Ocupación: _____

He completado lo anterior según mi conocimiento.

Paciente o padre/tutor legal (de considerarse el paciente un menor incapacitado) (firma) **Fecha**

Firma del testigo **Nombre en letra de imprenta** **Fecha** **Hora**

