



# Pine Ridge

Obstetrix & Gynecology Inc.

Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Preferencia de contacto: Casa \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Celular \_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero de licencia: \_\_\_\_\_

Raza: Caucasico/a \_\_\_ Afro-Americano/a \_\_\_ Hispano \_\_\_ Asiatico/a \_\_\_ Nativo/a \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Ethnicidad: Latino/Hispano/a \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ No reportado \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Propietario/a \_\_\_ Desempleado/a \_\_\_ Discapacitado/a \_\_\_ Jubilado/a \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Ama de casa \_\_\_ Empleado/a \_\_\_

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

Asegurador primario: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Asegurador Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado/a \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la informacion facilitada en este formulario es veraz y exacta, conforme a mis criterios y convicciones.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Rason de visita: \_\_\_\_\_ Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

Favor de hacer lista de sus problemas medicas y salud:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a medicamentos o comida: \_\_\_\_\_ Alergia a látex : \_\_\_\_\_

Cirugias (favor de incluir fechas):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Historia Familiar

Numero de Hermanas: \_\_\_\_\_ Numero de Hermanos: \_\_\_\_\_

Enfermedades del Corazon: Si \_\_\_ No \_\_\_ Diabetes: Si \_\_\_ No \_\_\_ Hipertension: Si \_\_\_ No \_\_\_

Quien: \_\_\_\_\_ Quien: \_\_\_\_\_ Quien: \_\_\_\_\_

Familiar con cancer: Cenos \_\_\_ Ovarios: \_\_\_ Colon: \_\_\_ Prostatata: \_\_\_ Otro Cancer \_\_\_\_\_

Parentesco y edad: \_\_\_\_\_

A experimentado:

Ansiedad: \_\_\_ Desorden Bipolar: \_\_\_ Depression: \_\_\_ Ideacion Suicida: \_\_\_\_\_

### Historia Social

Fuma: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuantos anos? \_\_\_ Cuantos Paquetes al dia? \_\_\_ Cuando paro de fumar? \_\_\_\_\_

Alcol: Si \_\_\_ No \_\_\_ Freqeucia \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_

Ejercicio: Si \_\_\_ No \_\_\_ Freqeucia \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_

Tiene practicas espirituales: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Siente Seguro/a en casa? Si \_\_\_ No \_\_\_ Ha sido victim de violencia domestica? Si \_\_\_ No \_\_\_

Que tipo de trabajo hace? Profecion: \_\_\_\_\_ Retirado: \_\_\_\_\_ Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia de Obstetria y Gynecologia

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad en cual empezo su primer period menstrual: \_\_\_\_\_ Ultimo period menstrual: \_\_\_\_\_

Post Menopausia: \_\_\_\_\_

Flujo Menstrual: Pesado: \_\_ Moderar: \_\_ Ligero: \_\_ Duracion: \_\_\_\_\_

Sexualmente active? Si \_\_ No \_\_ Parejas: Hombre, Mujer, ambos \_\_\_\_\_

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_ Numero de embarazos de termino completo: \_\_\_\_\_

Aborto elective: \_\_\_\_\_ Partos Prematuros: \_\_\_\_\_ Cesarea: \_\_\_\_\_ Embarazo Ectopico: \_\_\_\_\_

Fallecimiento Fetal: \_\_\_\_\_

Ha tenido dificultad para quedar embarazada o manteniendo un embarazo? \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier complicacion que ha tenido en sus embarazos anteriores: \_\_\_\_\_

Actualmente o has utilizado cualquier forma de anticonceptivo? Si \_\_ No \_\_

Pildoras \_\_ dispositivo intrauterino \_\_ Implante \_\_ Condones \_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_ Normal \_\_ Abnormal \_\_\_\_\_

Ha tenido alguno de los siguientes?

\_\_ colposcopia \_\_ crioterapia \_\_ Leep \_\_ Problemas del Hgado \_\_ Depresion

\_\_ Mamograma \_\_ sindrome de ovario poliquistico \_\_ enfermedad de transmisi3n sexual

\_\_ Problems del Rinon \_\_ Frecuencia Urinaria \_\_ sangrado menstrual excesivo

Dar la fecha de su ultimo studio:

Vacuna contral la gripe \_\_\_\_\_ Vacuna contra el Tetano: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía: \_\_\_\_\_ Serie de Hepatitis B: \_\_\_\_\_ Serie de Hepatitis A: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_