

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Número de contacto preferido: _____

¿Podemos enviar mensajes de texto relacionados con las citas a su móvil? Sí No

Dirección de correo electrónico _____ ¿Podemos contactarla por correo electrónico? Sí No

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección, ciudad, estado, C. P.

Estado civil (marque uno): Casada Divorciada Viuda Convivo con mi pareja Soltera

En caso de que no podamos contactarla por los medios que proporcionó antes, queremos saber si tenemos permiso de hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento. Al aportar la siguiente información, nos autoriza a hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Social:

- | | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estoy activa a nivel sexual. | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Quiero estar activa a nivel sexual. | <input type="checkbox"/> No quiero estar activa a nivel sexual. |
| <input type="checkbox"/> He completado mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> NO he completado mi familia. | |
| <input type="checkbox"/> Mi vida sexual ha sufrido. | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> No he logrado alcanzar el orgasmo o es muy difícil. | |

Hábitos:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fumo _____ cigarrillos o cigarros por día. | <input type="checkbox"/> Uso _____ cigarrillos electrónicos por día. | <input type="checkbox"/> Consumo _____ cafeína por día. |
| <input type="checkbox"/> Consumo _____ bebidas alcohólicas por semana. | <input type="checkbox"/> Consumo más de 10 bebidas alcohólicas por semana. | |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Alergias a medicamentos

Alergias a medicamentos: _____ En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido problemas con la anestesia local? Sí No ¿Tiene alergia al látex? Sí No

Medicamentos que toma en la actualidad: _____

Reemplazo hormonal actual Sí No En caso afirmativo, ¿cuál? _____

Terapia pasada de reemplazo hormonal: _____

Antecedentes familiares:

Enfermedad cardíaca Diabetes Osteoporosis Alzheimer o demencia Cáncer de mama Otros _____

Antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Senos fibroquísticos o doloridos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de útero | <input type="checkbox"/> Mioma uterino |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario | <input type="checkbox"/> Períodos irregulares o fuertes |
| <input type="checkbox"/> Ovarios poliquísticos/PCOS | <input type="checkbox"/> Migrañas menstruales |
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Histerectomía con extirpación de ovarios |
| <input type="checkbox"/> Exceso de vello en el rostro o el cuerpo | <input type="checkbox"/> Histerectomía parcial (solo útero) |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Ooforectomía, solo extirpación de ovarios |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | |

Método anticonceptivo:

- Menopausia
 Histerectomía
 Ligadura de trompas
 Píldoras anticonceptivas
 Vasectomía
 DIU
 Infertilidad
 Otros _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Historia clínica:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o hipertensión | <input type="checkbox"/> Derrame o ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> VIH o cualquier tipo de hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular u otra arritmia | <input type="checkbox"/> Hemocromatosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre o embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica (hepatitis, hígado graso, cirrosis) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cabello quebradizo | <input type="checkbox"/> Lupus u otra enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |