



Reno Women's Health

Rafaela G Hernandez M.D. / Holly T Ashley M.D

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Laboratorio preferido: _____

Farmacia: _____

Motivo de la visita: _____

Historial ginecológico:

Edad de la primera menstruación: _____

Edad de la menopausia: _____

Primer día de la última menstruación: _____

¿Número de días entre cada menstruación?: _____

¿Cuántos días dura su menstruación?: _____

¿Dolor durante la menstruación?: Ninguno Leve Moderado Severo

Flujo menstrual: Ligerio Regular Abundante

Problemas ginecológicos:

Papanicolaou anormal / VPH de alto riesgo

Colposcopia previa

Cáncer de cuello uterino

Herpes genital

Displasia cervical

Crioterapia / LEEP / Cono frío

Método anticonceptivo actual:

Condones

Abstinencia

Pastillas

Parche

Retiro

Anillo

Depo-Provera

Paragard/Cobre
Dispositivo

Liletta/Kyleena/Mirena/
Skyla Dispositivo

Nexplanon

Menopausia

Ligadura de trompas /
Salpingectomía

Histerectomía

Vasectomía

Relación sexual con
persona del mismo género

Ninguno



Historial de Embarazos:

Número de embarazos: _____

Número de partos de 9 meses: _____

Número de hijos vivos: _____

Número de embarazos ectópicos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

Número de interrupciones voluntarias (médicas o quirúrgicas): _____

Embarazos gemelares:

Número de partos prematuros (menos de 37 semanas): _____

Historial de Embarazos (continuación):

Fecha	EG (semanas de gestación)	Duración del trabajo de parto	Peso al nacer	Sexo M/F	Tipo de parto	Anestesia	Lugar del parto	¿Trabajo de parto prematuro?	Complicaciones
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

Cuestionario Prenatal (*para pacientes embarazadas*)

¿Autoriza recibir transfusiones de sangre?

Sí No

¿Tiene gatos como mascotas en el hogar?

Sí No

¿Usted o su pareja actual tienen antecedentes de herpes genital?

Usted: Sí No

Pareja actual: Sí No

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, clamidia, VPH, sífilis, VIH/SIDA:

Sí No

¿Vive con alguien que tiene tuberculosis o ha estado expuesto(a) a la tuberculosis?

Sí No

¿Usted o el padre del bebé tienen antecedentes familiares de anomalías genéticas o cromosómicas?

No Sí

Si respondió "Sí", por favor explique:



Formulario Médico - Historia Preventiva y Médica

Cuidado Preventivo: ¿Cuándo fue su último...?

Papanicolaou: _____	Densidad ósea: _____
Mamografía: _____	Colonoscopia: _____

¿Ha recibido la vacuna Gardasil? Sí No Interesado/a en información

Historial Médico:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin problemas médicos | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (derrame) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Covid-19 | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | |

Historial Quirúrgico:

Fecha	Tipo de Cirugía

Hospitalizaciones Previas

Fecha	Tipo de Cirugía



Historial Familiar:

Coágulos de sangre:

Diabetes:

Enfermedad del corazón:

Cáncer de mama:

Cáncer uterino:

Cáncer de ovario:

Cáncer de colon:

Seguridad Personal:

¿Es la violencia en el hogar una preocupación para usted? Sí No

¿Alguna vez ha sido víctima de abuso? Sí No

Recursos de Apoyo:
Centro de Recursos de Violencia Doméstica

Teléfono: 775-329-4150

Línea de texto en crisis (L-V, 9 a.m. a 5 p.m.): Enviar mensaje con DVHELP o DVSAFE al 839863

Línea Nacional de Violencia Doméstica

Teléfono: 800-799-7233

Mensaje de texto: Enviar "START" al 88788

Línea de Prevención del Suicidio

Llamar o enviar mensaje de texto al 988

Firma del paciente, padre/madre/tutor legal o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente, padre/madre/tutor legal o representante autorizado / Relación