

MT HOOD WOMEN'S HEALTH, P.C.



Kelly A. Carter, M.D.
Sandra A. Collis, D.O.
Anne M. Knudsen, M.D.
Renee Goodreau, M.D.
Michelle C. Champagne, C.N.M.
Regis M. McDonald, C.N.M.
June E. Hobbs C.N.M.

Nombre: _____

Fecha: _____

**Circule cuáles de las siguientes condiciones ha tenido alguien en su familia:
(tiene que ser familiar de sangre, no de matrimonio)**

Diabetes	Problemas del Corazón	Apoplejía (Ataque)
Alta Presión	Problemas de Sangrar	Depresión
Cáncer Ginecológico	Osteoporosis	Cáncer de Cenos

Circule cuáles de las siguientes condiciones Ud. ha tenido:

Diabetes	Enfermedad Cardíaca	Enfermedad de Transmisión Sexual	
Alta Presión	Problemas De Sangrar	Depresión	Huesos Rotos
Cáncer Ginecológica	Osteoporosis	Cáncer de Cenos	Cistes en los Cenos
Papanicolau Abnormal	Infeción vaginal	Fin de Menstruo	Apoplejía
Trastorno de Alimentación			

TIENE UD. ALERGIA A ALGUNA MEDICINA? _____

HISTORIA DE EMBARAZOS

Número de Embarazos _____

Número de hijos _____

MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN

(si es anticonceptivo oral, dé el nombre de la pastilla)

ABORTOS ESPONTÁNEOS _____

ABORTOS _____

Número de cesareas: _____

Número de partos vaginales:

Sirugías Anteriores:

Si hysterectomía, dé la fecha y razón: _____

Primer día del último ciclo menstrual: _____

Fecha de último papanicolau (Examen PAP) _____

Resultados: _____

Fecha de última mamografía _____

Resultados: _____ Aliste todas las medicinas que Ud. toma regularmente:

Usa Ud. actualmente el tabaco? ___ Cantidad por día _____

Ha Ud. usado el tabaco en el pasado? ___ Cantidad: _____

Usa Ud. actualmente el alcohol _____ Cantidad por semana: _____

Ha Ud. usado el alcohol _____ Cantidad _____

Usa Ud. drogas ilícitos? ___ Cantidad _____

Ha Ud. usado drogas ilícitos en el pasado?

Cantidad: _____

Cuál es el motivo para la visita de hoy? _____