

Cuestionario ginecológico para nuevas pacientes

Nombre preferido: _____ Edad: _____

Fecha de la última menstruación (1.º día): _____

Motivo de la cita: _____

Estas preguntas abarcan aspectos ginecológicos importantes para todas las mujeres. Recomendamos encarecidamente que todas las pacientes tengan un médico de cabecera que atienda otros problemas de salud.

Indique su identidad de género: _____ Pronombres: Ella Él Ellos

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se vio afectada por lo siguiente? (Marque la respuesta con una x)

	0- Nunca	1- Varios días	2- Más de la mitad de los días	3- Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza				

¿Ha recibido golpes, puntapiés, puñetazos o cualquier otro tipo de agresión por parte de otra persona en el último año? No Sí

¿Se siente insegura en su relación actual? No Sí

¿Hay una pareja de una relación anterior que la haga sentir insegura en la actualidad? No Sí

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia a alimentos? No Sí (*especifíquelas*) _____

Indique a continuación cualquier tipo de alergia que tenga a medicamentos o fármacos: Ninguna

Nombre del fármaco	Reacción	Nombre del fármaco	Reacción

MEDICAMENTOS

Indique los medicamentos recetados que esté utilizando, incluidos anticonceptivos.

¿Necesita resurtidos de medicamentos?

Nombre del medicamento	Dosis/concentración	Forma de administración	Resurtido
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Indique los medicamentos no recetados o de venta libre que esté utilizando: Ninguno

Clinic Use Only: Height _____ Weight _____ BP _____

Orders: Pap smear Mammogram DXA STI CT/GC Labs Immunization _____ Referral

ANTICONCEPTIVOS (Omita esta sección si ya no tiene menstruación)

¿Método anticonceptivo actual? _____

¿Desea cambiar? __No __Sí

¿Está pensando en quedar embarazada en el transcurso del próximo año? __No __Sí

ANTECEDENTES MENSTRUALES

Si aún tiene menstruación, responda lo siguiente:

Edad a la que tuvo su primera menstruación: _____ Duración de la menstruación (días): _____

Cantidad de días entre cada menstruación _____

Sus menstruaciones son...

___Dolorosas (cólicos) ___Abundantes. ¿La hacen faltar al trabajo o a otras actividades? __No __Sí

Si ya no tiene menstruación, responda lo siguiente:

Edad a la que tuvo su última menstruación _____

¿Se ha hecho una histerectomía? __No __Sí; ¿en qué año? _____

¿Le extirparon los ovarios? __No __Sí ¿Le extirparon el útero? __No __Sí

¿Recibe o ha recibido tratamiento hormonal? __No __Sí, en el pasado __Sí, en la actualidad

ANTECEDENTES DE MEDICINA PREVENTIVA

¿Se ha realizado un análisis de sangre para la detección de la hepatitis C? No Sí No sé/no estoy segura

12 años de edad o más

¿Ha recibido la vacuna contra el virus del papiloma humano (Gardasil)? No Sí

21 años de edad o más

Fecha de su última prueba de Papanicolaou _____

¿Fue normal? No Sí

¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? No Sí; ¿en qué año? _____

¿Colposcopia debido a un Papanicolaou anormal? No Sí, ¿tratamiento debido a un Papanicolaou anormal? No Sí, tratamiento realizado: Crioterapia LEEP Biopsia en cono

40 años de edad o más

Fecha de su última mamografía _____ Centro _____ N/C

¿Se hace un autoexamen de las mamas con regularidad? No Sí

45 años de edad o más

Fecha de su última colonoscopia, Cologuard o Stool Hemocult (ponga un círculo) _____ N/C

65 años de edad o más

Fecha de su última prueba DEXA (densitometría ósea) _____ N/C

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Marque todas las afecciones pasadas o presentes

Ninguna

___ Papanicolaou anormal/VPH

___ Verrugas genitales

___ Infección pélvica/tubárica

___ Tratamiento por Papanicolaou anormal

___ Gonorrea

___ Síndrome de ovario poliquístico

___ Sangrado uterino anormal

___ Cáncer ginecológico

___ Sífilis

___ Clamidia

___ Herpes

___ Tricomoniasis

___ Exposición al dietilestilbestrol (DES)

___ Infertilidad

___ Fibromas uterinos

___ Endometriosis

___ Quistes ováricos

ANTECEDENTES MÉDICOS

AFECCIONES MÉDICAS QUE TENGA O HAYA TENIDO:

Ninguna

CIRUGÍAS (INCLUYA EL MES/AÑO):

Ninguna

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Consumo productos de tabaco en la actualidad? No Sí, ¿está dispuesta a dejarlos? __No __Sí

Frecuencia con la que consume:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------------|---|--|
| Tabaco | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Actualmente/a diario | <input type="checkbox"/> Antes
Año en que cesó: _____ |
| Cigarrillo electrónico | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Actualmente/a diario | <input type="checkbox"/> Antes
Año en que cesó: _____ |
| Tabaco sin humo | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Actualmente/a diario | <input type="checkbox"/> Antes
Año en que cesó: _____ |
| Alcohol | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Actualmente/a diario
<input type="checkbox"/> Socialmente | <input type="checkbox"/> Antes
Año en que cesó: _____ |
| Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Actualmente/a diario | <input type="checkbox"/> Antes
Año en que cesó: _____ |

Ocupación: _____ Situación sentimental: _____ Nombre de la pareja: _____

SALUD SEXUAL

¿Mantiene relaciones sexuales? __No __Sí Parejas: __Hombres __Mujeres
¿Tuvo más de una pareja este año? __No __Sí ¿Tiene algún problema con las relaciones sexuales? __No __Sí

ANTECEDENTES FAMILIARES ¿Es adoptada? __No __Sí

Mencione a los miembros de su familia inmediata (1.º grado) que tengan:

Cáncer de mama _____ Cáncer de colon _____
Cáncer de ovario _____ Otro tipo de cáncer _____

Parentesco	Nombre	Estatus/edad	Incluya cualquiera/todas las afecciones médicas
Madre			
Padre			
Hermana			
Hermano			
Abuela materna			
Abuelo materno			

Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Otro			
Otro			

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos hijos están vivos? _____

¿Cantidad de embarazos con mellizos? _____

Cantidad de partos vaginales ____ Cantidad de cesáreas ____

Cantidad de partos vaginales después de cesáreas ____ Cantidad de abortos espontáneos ____

Cantidad de abortos inducidos ____ Cantidad de embarazos ectópicos ____

Si tuvo un aborto espontáneo o se hizo un aborto, ¿tomó pastillas o le realizaron un procedimiento de dilatación y legrado? __No __Sí; ¿cuál? _____

Mes/año	Peso al nacer	Sexo	Semanas de embarazo	Tipo de parto	Complicaciones

¿Se ha realizado otros exámenes de detección este año? *Indíquelos:*

Indique el nombre de su médico de cabecera y otros proveedores de atención médica a los que consulte en la actualidad, junto con sus especialidades:

Si completa este formulario por medio de la computadora, guarde sus respuestas, envíenos un mensaje en MyHealth y adjunte el archivo (solo en PDF). De lo contrario, entregue el formulario completado en la recepción. Gracias.

Stanford Medicine Partners es una organización independiente sin fines de lucro que está afiliada a Stanford University, Stanford Health Care y Stanford Health Care Tri-Valley, pero es autónoma con respecto a estas instituciones. Stanford Medicine Partners contrata a grupos médicos para que presten servicios de atención médica en sus centros de salud. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley y Stanford University no tienen control alguno sobre dichos grupos médicos ni sobre la atención brindada por los médicos y proveedores de salud especializados de tales grupos médicos, ni se responsabilizan de sus acciones. Los médicos y los proveedores de salud especializados de tales grupos médicos que brindan atención en los centros de salud de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley o Stanford University.