

### Examen preventivo para mujeres

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene alguna otra inquietud que desee abordar en esta cita?

**Las siguientes preguntas ayudarán a su proveedor a determinar los servicios recomendados que se le ofrecerán en su cita.**

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

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

Desde su última cita con nosotros, ¿ha estado embarazada o dado a luz a un bebé? \_\_No \_\_Sí

En el último año, ¿ha recibido algún diagnóstico nuevo de afecciones médicas? \_\_No \_\_Sí, indíquelas:

¿Ha tenido alguna operación dentro del último año? \_\_No \_\_Sí, indíquela:

Mencione nuevas alergias a medicamentos/fármacos o alimentos desde su última cita con nosotros:

#### ANTECEDENTES DE EMBARAZOS

¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad de hijos vivos? \_\_\_\_\_ ¿Tiene mellizos? \_\_\_\_\_

Parto vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Parto vaginal después de cesárea \_\_\_\_\_ Aborto espontáneo \_\_\_\_\_

Aborto inducido \_\_\_\_\_ Embarazo ectópico \_\_\_\_\_

Si tuvo un aborto espontáneo o se hizo un aborto, ¿tomó pastillas o le realizaron un procedimiento de dilatación y legrado? \_\_No \_\_Sí; ¿cuál? \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

En el último año, ¿le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones a algún miembro de su familia inmediata? *Indíquela a continuación*  Ninguna

Cáncer de mama \_\_\_\_\_ Cáncer de colon \_\_\_\_\_

Cáncer de ovario \_\_\_\_\_ Otro tipo de cáncer \_\_\_\_\_

**ANTICONCEPTIVOS (Omita esta sección si ya no tiene menstruación)**

¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecha con su método actual?  No  Sí      ¿Quiere cambiarlo?  No  Sí

¿Está pensando en quedar embarazada en el transcurso del próximo año?  No  Sí

**SALUD SEXUAL**

¿Mantiene relaciones sexuales?  No  Sí      Parejas:  Hombres  Mujeres

¿Ha tenido más de una pareja este año?  No  Sí

¿Tuvo algún problema con las relaciones sexuales?  No  Sí

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

¿Se siente segura en su relación actual?     No  Sí

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

**ANTECEDENTES MENSTRUALES**

*Si aún tiene menstruación, responda lo siguiente:*

¿Tiene algún problema con la menstruación sobre el que quisiera conversar?  No  Sí

*Si ya no tiene menstruación, responda lo siguiente:*

¿Recibe o ha recibido tratamiento hormonal? No  Sí: uso pasado  uso actual

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

**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

Fecha de su última prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_ ¿Fue normal?  No  Sí

Fecha de su última mamografía \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_  N/C

Fecha de su última colonoscopia \_\_\_\_\_  N/C

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

## REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Marque cualquiera de los siguientes síntomas QUE TENGA ACTUALMENTE

Ninguno

General:

- |                                                     |                                                     |                                               |                                                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fatiga extrema             | <input type="checkbox"/> Depresión                  | <input type="checkbox"/> Fiebre               |                                                |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso<br>_____lb | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br>_____lb | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor |

Piel:

- |                                     |                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Cambios en un lunar |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|

Respiratorios/cardíacos:

- |                                           |                              |                                         |                                        |
|-------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
|-------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|

Mama:

- |                                |                                |                                         |                                              |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bulto | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Secreción del pezón |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|

Gastrointestinales:

- |                                                                   |                                                        |                                              |                                  |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                          | <input type="checkbox"/> Heces negras o sanguinolentas | <input type="checkbox"/> Hinchazón abdominal | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Síntomas del síndrome premenstrual _____ |                                                        |                                              |                                  |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de la menopausia _____          |                                                        |                                              |                                  |
| <input type="checkbox"/> Flujo vaginal _____                      |                                                        |                                              |                                  |

Urinarios:

- |                                           |                                          |                                                             |                                   |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Escapes de orina | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Necesidad de orinar con frecuencia | <input type="checkbox"/> Urgencia |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

Osteomusculares:

- |                                             |                                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|

Neurológicos:

- |                                                      |                                 |                                         |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio en dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|

Clinic Use Only: Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_

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

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.