

Numero \_\_\_\_\_

**Historial Personal y Medico**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASEGURANZA DE CONFIDENCIALIDAD:** Este archive medico es confidencial y no sera liberado a ninguno sin su consentimiento escrito, excepto por requerido por ley.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

- 1. Cuando fue el primer dia de su ultimo periodo? \_\_\_\_\_
- 2. Son sus periodos normales?  Si  No Cuantas semanas cree ud. que tiene? \_\_\_\_\_
- 3. Cuantas veces a estado embarazada? \_\_\_\_\_

Numero niños viviendo? \_\_\_\_\_ Muertos \_\_\_\_\_ Aborto Espontáneo \_\_\_\_\_

Tuvo complicaciones con el embarazo o el parto?  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

4. Fecha de Nacimiento del hijo menor: \_\_\_\_\_ Esta dando Pecho?  Si  No

5. Numero de abortos \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo aborto \_\_\_\_\_ Tuvo Complicaciones?  Si  No

6. Quien la acompaño a la clinica? \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

7. El nombre de la persona que va a manejar a casa \_\_\_\_\_

8. A quien contactar en caso de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Numero de Tel \_\_\_\_\_

1. A tenido alguna cirugia o enfermedad seria en el pasado? explique: \_\_\_\_\_

2. Esta alergica a alguna medicina? Que tipo? \_\_\_\_\_

2a. Esta alergica al látex?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

3. Esta tomando medicina ahora? Que tipo? \_\_\_\_\_

4. Esta tomando disolventes de Sangre? Expplique \_\_\_\_\_

5. A tomando medicina durante este embarazo? Explique: \_\_\_\_\_

6. A sido consejada por algun psiquiatra/Psicologo/Trabajdor Social? Explique: \_\_\_\_\_

7. Fuma?  Si  No Cuantos cigarros o paquetes por dia? \_\_\_\_\_

8. Le a dicho algun Doctor que no tome anticonceptivos? \_\_\_\_\_

9. A tenido (porvafor de marcar) : \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adiccion de Drogas o Alcoho      | <input type="checkbox"/> Cancer (senos o otro)              | <input type="checkbox"/> Prolapso de Valvulo Mitral |
| <input type="checkbox"/> Anemia o enfermedad de Sangre    | <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Infeccion Pelvica E.I.P    |
| <input type="checkbox"/> Asma, Emfermedad de Respiratoria | <input type="checkbox"/> V.I.H                              | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática           |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre          | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente |   |
| <input type="checkbox"/> Fibromatosis                     | <input type="checkbox"/> Enfermdad de Corazon               | <input type="checkbox"/> Desorden de Comer          |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Coagulos de Sangre   | <input type="checkbox"/> Ataques                            | <input type="checkbox"/> Migrañas                   |
| <input type="checkbox"/> Presion de Sangre Alta           | <input type="checkbox"/> Enfermdad de Hgado, Riñon          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                        |   |   |

Si marco si a cualquiera porvafor explique: \_\_\_\_\_

10. A tenido reaccion a Lidocaína, Novacaína, Carbocaína, o anesteticos similares?  Si  No

11. Esta alergica a mifepristone misoprostol, o prostaglandin ( medicina que hace que el utero se contraiga) Explique: \_\_\_\_\_

12. Al momento tiene un Doctor?  Si  No

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_