



SPANISH WOMEN'S CARE, LLC
 307 Maple Ave, West Suite J · Vienna, VA 22180
 703-281-7620 - 703-255-6810 (fax)

Date _____

Nombre
 (Apellido, Primer Nombre, Inicial)

Numero de Seguro Social

Fecha De Nacimiento

Estatura: _____ pies _____ pulgadas			
Anticonceptivos	Sangrando	Papanicolaou	Cuidado de Pecho
Cual es su tipo de anticonceptivo actual? Condon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Esterilización <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino IUD(aparato en el útero) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, que tipo? _____ Pastillas para controlar la natalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, que tipo? _____ Inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, que tipo? _____ Otro tipo? _____	Cuando fue su último menstruación? _____ Numero de dias entre su menstruación? _____ Numero de dias que dura su menstruación? _____ Sangra fuerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Su menstruación es regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene dolor con su menstruación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usted tiene sangrado durante el tiempo entre su menstruación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de su último papanicolaou _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Usted a tenido un papanicolaou abnormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuvo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, que tipo? <input type="checkbox"/> Procedimiento de Exciación Electroquirúrgica por ASA(LEEP) Fecha _____ <input type="checkbox"/> Laser /Fecha _____ <input type="checkbox"/> Crioterapia /Fecha _____ Otro tipo? _____	Fecha de su último mamografía? _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Usted se hace exámenes del pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> una vez por mes <input type="checkbox"/> ocasional

Cual es la razón por su visita hoy día? _____

Usted fuma? Sí No

Usted es alérgica a algún tipo de medicina? Sí No
 Si su respuesta es sí, que tipo?

Cual es la reacción? _____

Que tipo de medicina está tomando actualmente? Ningun tipo
 Si está tomando algun tipo de medicina favor de dar el nombre y el dosis.

Historia Familiar Adoptado No hay historia familiar significativa

Hay alguien en su familia que tiene alguno de los siguientes enfermedades: (tienen que ser personas relacionadas contigo por sangre)

Quien a relación a usted	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	Edad durante el diagnóstico de su familiar	Enfermedades	Fallecido
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer del Pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de los Ovarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer del Colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coagulo de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		Otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cirugía <input type="checkbox"/> Nunca he tenido cirugía	Cirugías Cosméticas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anticonceptivos del pasado	
Tipo	Año	Tipo	Años de uso

Historia de Embarazo

Cuantos embarazos totales _____	Cuantos Partos _____	Malparto _____	Abortos _____
Fecha de parto _____	Cuantas semanas tenia? _____	Vaginal, Cesaria, Malparto, o Aborto _____	Cuanto pesó el bebe en el momento del parto _____

Historia Personal de su Salud Usted a estado hospitalizado? Sí No Si usted respondió sí, que fue la razón? _____

Usted a tenido alguno de los siguientes:	Fecha del Diagnosis	Fecha del Diagnosis
Ataque del Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sífilis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo de Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Enfermedad de Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Gonorrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presion Alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Chlamydia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Virus del Papiloma Humano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otro Comentario: _____
Coagulos de Sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Usted tiene alguna alergia conocida? Sí No Si usted respondió sí, cual es? _____

Historia Social

Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Ocupación _____	Antecedentes Étnico _____
Usted es activo sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monógamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preferencia Sexual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Usted fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted respondió sí, que tipo <input type="checkbox"/> cigarrillo <input type="checkbox"/> puros Otro tipo _____ Si usted respondió si, cuantos por dia? _____ Por cuantos años? _____	Usted toma Alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted respondió sí, cuantas veces por semana? _____ Cuantos años? _____	Usted toma cáfeina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted respondió si, cuantas tazas al dia? _____
Usted hace ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuantos veces a la semana? _____	
Usted a usado drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si usted respondió sí, que tipo de drogas? _____	Drogas Intravenoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted a sido abusada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted se siente amenazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	