

**Spanish Women's Care LLC**

**Dr. Miguel Gomez**

**307 Maple Ave W Suite J.**

**Vienna, VA 22180**

**703.281.7620**

**703.255.6810 (Fax)**

[spanishwomenscare@gmail.com](mailto:spanishwomenscare@gmail.com)

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Razón de Visita:** \_\_\_\_\_

**Último período Menstrual:** \_\_\_\_\_

**Cambios de la Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Nuevo Método de Control Preservativo:** \_\_\_\_\_

**Nuevo Embarazo: Si / No**

**Vaginal: Si/ No**

**Cesárea: Si/ No**

**Fecha de Parto:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Parto:** \_\_\_\_\_

**Fecha del último Examen Anual:** \_\_\_\_\_

**Fecha de última mamografía:** \_\_\_\_\_

**Medicaciones Actuales:**

Nombre de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Cuántas Veces al Día: \_\_\_\_\_

Nombre de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Cuántas Veces al Día: \_\_\_\_\_

Nombre de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Cuántas Veces al Día: \_\_\_\_\_

Nombre de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Cuántas Veces al Día: \_\_\_\_\_

Nombre de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Cuántas Veces al Día: \_\_\_\_\_

**Cirugías Previas:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

Ubicación de Cirugías: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

Ubicación de Cirugías: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_