



Wayne Women's Clinic

OBSTETRICS & GYNECOLOGY • GOLDSBORO, NC

GYN QUESTIONNAIRE

Cuando su ultimo Periodo empezó? _____

Cuantos anos tenia cuando empezó su periodo? _____

Usted tiene periodos todos los meses? _____

Cuantos días usted sangra? _____

Usa planeamiento familiar _____

Usted alguna vez a tenido los siguientes problemas?

Diabetes _____ si _____ no

Presión Alta _____ si _____ no

Cardiopatías (problemas del corazón) _____ si _____ no

Neuropatías (problemas pulmonares)

(Asma, Tuberculosis pulmonía) _____ si _____ no

Riñón o infecciones de la vejiga _____ si _____ no

Cáncer _____ si _____ no

Ulceras _____ si _____ no

Afección hepática (hepatitis) _____ si _____ no

Enfermedad de tiroides _____ si _____ no

Ataques Repentinos _____ si _____ no

Anemia _____ si _____ no

Problemas siquiátricas o nerviosos _____ si _____ no

Enfermedades veneráis

(Gonorrea, sífilis, herpes, clamidilla) _____ si _____ no

Problemas con el frotis (Papanicolaou) _____ si _____ no

Artritis _____ si _____ no

Tiene otros problemas _____ si _____ no

Usted fuma? _____ si _____ no

Cuanto? _____

Usted toma licor? _____ si _____ no

Cuando? _____

Alergias a medicinas _____ si _____ no

Especifique, por favor liste las medicinas _____

Trasfusiones _____ si _____ no

Cuando _____

Cirugías (algunas operaciones, incluyendo cirugías menores) Por favor liste cualquier operación(s) _____

Por favor liste sus embarazos abajo, desde el primer embarazo hasta el más reciente. Liste todos los embarazos, incluyendo pericias o abortos.

Fecha	Sexo	Peso	Doctor	Problemas
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				

Historia Familiar

Madre: edad _____ Problemas Médicos: _____

Padre: edad _____ Problemas Médicos: _____

Hermanas: __ Cuantos? _____

Hermanos: __ Cuantos? _____

Algún problema medico que el doctor necesite saber? _____

Cáncer, Diabetes, Corazón, Presión Arterial, Riñones, etc. _____
