

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

Fecha del último período menstrual: _____

¿Son regulares sus ciclos? Sí No ¿Sangra entre períodos? Sí No

¿Cuánto tiempo duran sus períodos? _____ días

¿Cuántos días después de que empieza un período comienza el siguiente? _____ días

¿Es sexualmente activa actualmente? Sí No

¿Con hombres? Sí No N/A ¿Con mujeres? Sí No N/A

¿Es sexualmente activa actualmente solo con una persona? Sí No

Número de parejas sexuales que ha tenido en su vida: _____ ¿Usa siempre su pareja un condón? Sí No

Anticonceptivo actual (incluyendo ligadura de trompas o vasectomía): _____

¿Cuándo fue la última vez que se hizo el Papanicolaou? _____

¿Cuándo fue su mamografía más reciente? _____

¿Tiene su familia historia de cáncer, especialmente de mama, ovario, colon o uterino? Sí No

Si la respuesta es Sí, diga el familiar y el tipo de cáncer: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes, ahora o en el pasado?

Enfermedades de transmisión sexual Sí No Quistes de ovario Sí No

Abuso sexual o físico Sí No Infecciones en las trompas Sí No Endometriosis Sí No

Fibroides uterinos Sí No Papanicolaou anormal Sí No Embarazo en las trompas Sí No

Número total de veces: Embarazo _____ Partos _____

Número de hijos vivos _____ Abortos espontáneos _____ Abortos _____

Escriba todos los partos anteriores:

Fecha	Tipo de parto (vaginal o cesárea)	Término/prematuro	Peso al nacer	Nombre del hijo	Nombre del padre del hijo	Complicaciones en el embarazo o el parto