



Obstetrics
Gynecology
Infertility
Laser Surgery

Michael J. Eisenberg, MD
Erwin G. Szela, MD, MBA
Papa Win De la Cruz, MD
Anita Iyer, MD
Amy Kleinklaus-Lee, DO
Elizabeth Mlynarczyk, MD

Women's HealthFirst

NOMBRE: _____

WOMEN'S HEALTHFIRST, LLC
INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL
HISTORIAL MEDICA

Tiene o alguna vez ha tenido los siguientes? Marce la cajita

| | Fecha | | Fecha |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | _____ | <input type="checkbox"/> Rubeola | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de estomagfrecuente severo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta | _____ | <input type="checkbox"/> Ulcera | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesicula | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor | _____ | <input type="checkbox"/> Ictericia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de rinon vejiga | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sifilis Gonorrea | _____ | <input type="checkbox"/> Artritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulciones Epilepsia | _____ | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del seno | _____ | <input type="checkbox"/> Le salen moretones con facilidad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuagulos de sangre | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | _____ | <input type="checkbox"/> Depresion ansiedad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | _____ | <input type="checkbox"/> Crecimientde pelinusual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | _____ | <input type="checkbox"/> Cambide peso | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon | _____ | <input type="checkbox"/> Perdida de orina cuandtose estornuda | _____ |
| <input type="checkbox"/> Latid del corazon rapidirregular | _____ | <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | _____ | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad | _____ |

Cirugias Previas: _____

Medicamentos Presentes: _____

Cigarros Alcohol Drogas

Alergias: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Sus abuelos, padres, tios, tias, hermanos, hermanas, o hijos alguna vez han sido tratados:
Marca la cajita si es que si, y explique

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Cancer | _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> Presion | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ | <input type="checkbox"/> Desorden Nervios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon | _____ | <input type="checkbox"/> Desorden muscular | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rinones | _____ | <input type="checkbox"/> Defectos al nacer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presion alta | _____ | <input type="checkbox"/> Historial de gemelos | _____ |

BUFFALO GROVE

600 W. Lake Cook Road
Suite 120
Buffalo Grove, IL 60089

SCHAUMBURG

1931 N. Meacham Road
2nd Floor
Schaumburg, IL 60173

HOFFMAN ESTATES

1555 N. Barrington Road
Doctors' Office Building III
Suite 2350
Hoffman Estates, IL 60169

All Locations

847.808.8884 Phone
847.808.8890 Fax

www.womenfirst.net

Our Experience Makes Your Experience Better

HISTORIAL GINECOLOGICA

Marce (X) Si o No. Llene los espacios en blanco.

Menstruacion:

1. Dia de su ultimo periodo _____ Dia del penultimo periodo _____
2. Edad de su primer periodo _____
3. Si es que le ha dado la menopausia
 - a. Ha tenido sangrado? Si No
 - b. Tiene calenturas? Si No
4. Sus periodos son: Regulares Completamente irregulares
 - a. Si es que son regulares, la duracion del primer dia de su periodo hasta el primer dia del proximo es usualmente _____ dias.
 - b. Si son irregulares, duracion entre periodos varia de _____ a _____ dias.
5. El flujo menstrual usualmente dura un total de _____ dias.
Flujo menstrual es:
 Escaso Moderado Pesado Excesivo con cuagulos
6. Antes de su menstruacion, siente:
 - Tension pre-menstrual Dolor de senos Hinchazon del abdomen Colicos
7. Sus periodos son usualmente dolorosos? Si No
Si son dolorosos: Leve Moderado Savelo Incapacitante
8. Algun otro sintoma relacionado con sus periodos? Si No
Explique _____
9. Tiene sangrado o manchas entre periodos? Si No

Historial Matrimonial y Sexual:

1. Soltera Casada Separada Viuda Divorciada No de años casada _____
2. Esposo: Edad _____ Salud _____
3. Siente dolor cuando tiene relaciones sexuales? Si No
4. Tiene sangrado o manchas despues de tener relaciones sexuales? Si No
5. El sexo es satisfactorio? Si No

Anticonceptivos:

1. Usa algun anticonceptivo? Si No
2. Marce el metodo que use:
 - Diafragma Condones y Espuma Pildoras Anticonceptivas DispositivoProblemas: _____
3. Metodos anteriores: _____
Problemas o complicaciones: _____

HISTORIAL OBSTETRICA

Historial de sus embarazos previos: _____

Cuantas veces a estado embarazada? _____

Cuantos abortos a tenido? _____

Cuantos abortos electivos a tenido? _____

Todos sus hijos han sido normales? _____

Partos Previos:

Por favor de toda su informacion en cuanto a sus embarazos previos, llenando los espacios abajo.

| No. | Año de nacimiento | Nombre del Hospital | Cuantos meses estuvo embarazada | Peso del bebe | Sexo | Cuantas horas estuvo en parto | El parto normal o anormal | Complicaciones |
|-----|-------------------|---------------------|---------------------------------|---------------|------|-------------------------------|---------------------------|----------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |

Notes

Problem List:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|