

FORMULÁRIO DE HISTÓRICO DO PACIENTE

Nome _____

Data de nascimento _____

Data de Hoje _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____ Médico de atenção primária: _____

Motivo de sua visita: _____

Contraceção actual: Nada Ligadura tubária DIU Mirena® Nuva Ring® Parche Planificación familiar natural
 Depo Provera Preservativos Diafragma Vasectomia Comprimidos - Marca: _____

Si você e pós-menopausa, está fazendo terapia de reposição hormonal?? Sim Não

¿Alguna vez has estado en HRT? Sim Não

Alergias a medicamentos: Nada _____

Liste todos os medicamentos prescritos que você está usando atualmente: Nada _____

Escriba todos los medicamentos o suplementos sin receta que esté usando actualmente: Nada _____

Qual foi o primeiro dia da sua última menstruação? _____ Você se exercita regularmente? Sim Não

Quando foi sua última mamografia? _____ Você usa cintos de segurança? Sim Não

Você faz autoexame das mamas mensalmente

Sim Não

Quando foi seu último teste de PAP? _____

Quanto? _____

Você tem histórico de doenças sexualmente transmissíveis?

Você bebe álcool? Sim Não

Sim Não

Quanto e com que frequência? _____

Você teve 5 ou mais parceiros sexuais? Sim Não

Sua idade na primeira relação sexual era menor de 16 anos?

Você usa drogas recreativas? Sim Não

Sim Não

Que droga e com que frequência? _____

Você foi exposto ao DES antes do seu nascimento? Sim Não

Você já fez um esfregaço de PAP anormal? Sim Não

Cirurgias ou hospitalizações: Nada

Tipo de cirurgia ou motivo da hospitalização

Data

O doutor

Hospital

Gravidez (inclui perdas e interrupções)

Ano	Masculino/Femenino	Peso	Vaginal ou Cesárea	Complicações

Você já teve ...? (circule a resposta)

Diabetes	Presión arterial alta	Condición pulmonar crónica	Osteoporosis
Asma	Pulmonar crónica	Prolapso de la válvula mitral	Abuso de alcohol Colesterol alto
Derrame	Convulsões / Epilepsia	Abuso de drogas / substâncias	Febre reumática
Úlceras	Tuberculose	Hepatite / doença hepática / icterícia	Transfusão de sangue
Doença do coração	Problemas intestinais	Coágulos sanguíneos nas pernas / pulmão / coração	Reações de transfusão
Anemia crónica	Pedras nos rins	Doenças autoimunes (lúpus, etc.)	Reações anestésicas
Distúrbio da tireoide	Distúrbio de sangramento	Depressão, ansiedade	Desordem alimentar

Câncer - Se sim, tipo, data e tratamento: _____

Outra doença? _____

Liste todas as doenças graves que ocorreram em sua família. Existe algum histórico familiar de ... (circule a resposta)

Câncer de mama	Distúrbio da tireoide	Osteoporose	Derrame
Câncer de ovário	Doença arterial coronária	Diabetes	Pressão arterial alta
Câncer de colo	Colesterol alto	Outro: _____	