

ATUALIZAÇÃO ANUAL DE HISTÓRIA DE SAÚDE

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Número de telefone: _____ Correio eletrônico: _____

Você fez algum outro exame de bem-estar no último ano em outro consultório médico? Sim Não Data: _____

Médico ou provedor de atenção primária: _____

Seu exame anual de história está programado para hoje. Gostaríamos que você preenchesse as informações abaixo para nos ajudar a garantir que tenhamos as informações mais atualizadas relativas a você e seus cuidados médicos

MEDICAMENTOS / ALERGIAS

Medicamentos atuais com dosagem

Você tem alergia ao látex?

Sim Não

Você tem ou desenvolveu alguma alergia a medicamentos?

Sim Não

Se você respondeu sim, por favor, liste o medicamento e a reação

HISTÓRIA MENSTRUAL

Você está na menopausa? Sim Não

Se você respondeu sim, por favor pule as seguintes perguntas

Primeiro dia da sua última menstruação _____ Era normal? Sim Não

Seus ciclos têm sido regulares? Sim Não

SINAIS E SINTOMAS

Você tem algum dos seguintes::

Sangramento anormal Sim Não

Dor pélvica ou cãibras Sim Não

Você é sexualmente ativo Sim Não

Relação sexual dolorosa Sim Não

Frequência urinária Sim Não

Sangrando entre os períodos Sim Não

Mudanças de humor / Fadiga Sim Não

Você tem um novo parceiro? Sim Não

Urina dolorosa Sim Não

Descarga / Odor Vaginal Sim Não

Nome: _____

Data: _____

MÉTODO DE CONTRACEPÇÃO

Qual método você está utilizando atualmente (circule)

Nada Preservativos Ligadura tubária DIU (Indique a marca e a data de inserção) _____ Vasectomia
Ringue Depo-Provera Adesivo Contraceptivo Pílula (Indique a marca) _____

HISTÓRIA SOCIAL

Você fuma? Sim Não
Sendo assim, quanto _____

Você bebe? Sim Não
Sendo assim, quanto _____

Você se exercita? Sim Não
Sendo assim, quanto _____

TESTE ADICIONAL

Você já fez uma mamografia? Sim Não
Sendo assim, quando _____

Você já fez varredura óssea? Sim Não
Sendo assim, quando _____

Você já fez uma colonoscopia? Sim Não
Sendo assim, quando _____

Você já fez um exame de colesterol? Sim Não
Sendo assim, quando _____

HISTÓRIA DE FAMÍLIA

Houve algum problema médico novo entre sua família imediata desde sua última visita? Sim Não
Se sim, por favor explique _____

OUTRO

Há mais alguma coisa que você deseja discutir com seu provedor na visita de hoje?

Nome do paciente (por favor, imprima)

Assinatura