

Salem Health Midwives and OB/GYN

Health History Form



PATIENT INFORMATION

Date _____ Age _____
 Reason for today's visit _____
 Occupation _____
 Years of education/highest degree _____ Marital Status: Single Married/Partner Divorced Widowed
 Spouse/partner's name _____ Number of children _____

MEDICATIONS, VITAMINS AND SUPPLEMENTS

ALLERGIES AND REACTIONS

SURGERY (LIST ALL SURGERIES)

History of blood transfusions: No Yes Reactions: No Yes _____
 Problems with anesthesia: No Yes _____

SOCIAL HISTORY

Cigarettes: Never Quit date _____ Current smoker pack/day _____ # of years _____
 Other: Pipe Cigar Snuff Chew
 Alcohol: Never Quit date _____ # drinks/week _____ # of years _____
 Is your alcohol use a concern for you or others? No Yes
 Drug use: Never Quit date _____ Drug(s) of choice _____ last used _____

GYNECOLOGIC HISTORY

Age of onset of menstruation: _____ First day of last menstrual cycle (LMP) _____
 Cycles: regular irregular Age of first intercourse: _____
 Sexually active: yes no Length of cycle (average): _____
 Gender of sexual partners: Male Female Both Total number of lifetime partners _____
 Number of days between cycles: _____

Painful periods: no yes interferes with daily activities causes you to miss work or class
 Used medication for menstrual pain? no yes medications used _____

Had a pap smear before: no yes normal abnormal _____ date of last pap: _____
 Current method of birth control: none condoms depo shots birth control pills implanon IUD

Are you pregnant: no yes
 Have you ever been pregnant: no yes

Total number of pregnancies _____ Abortions _____
 Miscarriages _____ Ectopic _____
 Live births _____ Births _____
 Living children _____

Have you ever had a history of

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ovarian cysts | <input type="checkbox"/> Fibroids | <input type="checkbox"/> Breast abnormality/lumps |
| <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding | <input type="checkbox"/> Cryotherapy | <input type="checkbox"/> Polycystic Ovarian Syndrome |
| <input type="checkbox"/> STD _____ | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Nipple discharge |
| <input type="checkbox"/> Pelvic Inflammatory disease | <input type="checkbox"/> Gynecologic surgery | |
| <input type="checkbox"/> Infertility | <input type="checkbox"/> Uterine/Vaginal abnormality | |
| <input type="checkbox"/> Hysterectomy | <input type="checkbox"/> LEEP treatment date | |

Salem Health Midwives and OB/GYN

Health History Form



OBSTETRICAL HISTORY					
Date	Term/Preterm/Weeks	Vaginal/C-section	Weight	Male/Female	Hospital/Birth Center

REVIEW OF SYMPTOMS (PLEASE CHECK ANY CURRENT OR PAST SYMPTOMS YOU HAVE HAD)

Constitutional:	<input type="checkbox"/> Fevers/sweats <input type="checkbox"/> Cold/heat intolerance	<input type="checkbox"/> Unexplained weight loss/gain <input type="checkbox"/> Unexplained fatigue/weakness	<input type="checkbox"/> Increased thirst/appetite <input type="checkbox"/> _____
HEENT:	<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Glasses/contacts <input type="checkbox"/> Hay fever/allergies <input type="checkbox"/> Ringing in ears	<input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Recent visual changes <input type="checkbox"/> Head injury	<input type="checkbox"/> Eye surgery <input type="checkbox"/> Sinus problems <input type="checkbox"/> Hearing loss
Cardiovascular:	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Spider Veins	<input type="checkbox"/> Heart Murmur <input type="checkbox"/> Chest pain/discomfort <input type="checkbox"/> Easily bruised/bleed easily <input type="checkbox"/> Blood clots (not with menstrual cycle)	<input type="checkbox"/> Irregular heart beat <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Varicose veins <input type="checkbox"/> Easily bruised/bleed
Respiratory:	<input type="checkbox"/> Cough/wheezing <input type="checkbox"/> Frequent bronchitis	<input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Frequent pneumonia	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Shortness of breath
GI:	<input type="checkbox"/> Heartburn/reflux <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/> Gallbladder	<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia <input type="checkbox"/> Liver conditions	<input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Ulcers
GU:	<input type="checkbox"/> History of bladder infection <input type="checkbox"/> Leaking urine <input type="checkbox"/> Kidney stones <input type="checkbox"/> Concerns with sexual functions	<input type="checkbox"/> Painful/bloody urination <input type="checkbox"/> Frequent urination at night <input type="checkbox"/> Unusual bleeding <input type="checkbox"/> Unusual discharge	
Neurophysch:	<input type="checkbox"/> Memory loss <input type="checkbox"/> Physical/sexual/emotional abuse <input type="checkbox"/> Sleep difficulty <input type="checkbox"/> Numbness/tingling	<input type="checkbox"/> Treatment for depression/anxiety <input type="checkbox"/> Suicidal thoughts <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> History of domestic violence	
Infections:	<input type="checkbox"/> Yeast <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Scarlet fever <input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> Hepatitis _____	
Endocrine:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Thyroid problems	

FAMILY HISTORY (PLEASE CHECK IF FAMILY IS AFFECTED - GRANDPARENTS, PARENTS, SIBLINGS, OR CHILDREN)

<input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder <input type="checkbox"/> Alcoholism <input type="checkbox"/> Depression/Suicide <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Heart Attack <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer (Breast, Ovarian, Uterine, Endometrial, Colon) <input type="checkbox"/> Bleeding/clotting disorder <input type="checkbox"/> Genetic disorders _____	<input type="checkbox"/> Blood Clots <input type="checkbox"/> Elevated Cholesterol <input type="checkbox"/> Asthma/COPD
---	---	---

Patient Signature

PATIENT LABEL

Formulario de historia medica – WHP OB/GYN

Fecha _____
 Edad _____ Motivo de la visita de hoy _____
 Otras preocupaciones _____

Profesión/trabajo _____
 Años de estudio / grado más alto _____ Estado civil Soltera Casada/aparejada Divorciada Viuda
 Nombre del marido/cónyuge _____ Número de niños _____

Alergias y reacciones:

Cirugía (lista de todas las cirugías que ha tenido):

Historia de trasfusiones de sangre: No Sí Reacción adversa: No Sí _____
 Problemas con el anestesia: No Sí _____

Historia Social:

Cigarrillos: Nunca Fecha de Cierre _____ Fumadora actual / paquetes por día _____ Número de años _____
 Otros Pipa Cigarro Rapé Tabaco de Mascar
 Alcohol: Nunca Fecha de Cierre _____ Número de bebidas por semana _____ Número de años _____
 ¿Es su consumo de alcohol un problema para usted o para otros? No Sí
 Consumo de drogas: Nunca Fecha de Cierre _____ Droga(s) preferida(s) _____ Última vez consumida _____

Historia Ginecológica

Edad de comienzo de la menstruación: _____ Edad de la primera relación sexual: _____
 Ciclos: regulares irregulares. Longitud del ciclo (promedio): _____
 Sexualmente activa: sí no Número total de parejas sexuales en la vida _____
 Género de parejas sexuales: Hombres Mujeres Ambos
 Número de días entre ciclos: _____
 Períodos menstruales dolorosos: no sí. Interfieren con actividades diarias Causan que falte al trabajo o a las clases
 ¿Ha utilizado medicamento para el dolor menstrual? no sí ¿Qué medicamentos? _____
 ¿Ha tenido un examen Papanicolaou?: no sí Normal Anormal _____ Fecha del último Papanicolaou: _____
 Método actual de anticoncepción: ningún condones Depo Provera (inyecciones) pastillas anticonceptivas
 Implanon DIU (dispositivo intrauterino)
 ¿Está embarazada?: no sí
 ¿Alguna vez ha estado embarazada?: no sí
 Número total de embarazos _____ Abortos _____
 Abortos Involuntarios _____ Embarazo Ectópico _____
 Nacidos vivos _____ Nacimientos _____
 Niños vivos _____
 ¿Alguna vez ha tenido historia de?
 Quistes de ovario Fibromas uterinos Anormalidad vaginal/uterina
 Sangramiento vaginal Crioterapia Excisión electroquirúrgica del cuello de la matriz.
 Fecha de tratamiento _____
 ETS Endometriosis Anormalidades/bultos en la mama
 Enfermedad inflamatoria pélvica Síndrome de ovario poliquístico
 Infertilidad Secreciones del pezón
 Histerectomía Cirugía ginecológica

Historia obstétrica

Fecha A término/prematuro/Semanas Vaginal/Cesárea Peso Varón/Hembra Hospital/Centro de Nacimiento

Revisión de los síntomas (por favor marque síntomas actuales o pasadas)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| Constitucional: | <input type="checkbox"/> Fiebres/ sudores | <input type="checkbox"/> Pérdida/ganancia de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Aumento de la sed / apetito |
| | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor / frío | <input type="checkbox"/> Fatiga /debilidad inexplicadas | |
| Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta: | <input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Migraña |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de senos | <input type="checkbox"/> Anteojos / lentillas | <input type="checkbox"/> Cambios recientes en la visión |
| | <input type="checkbox"/> Pérdida de audiciencia | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno / alergias | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza |
| Cardiovascular: | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares |
| | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho / malestar | <input type="checkbox"/> Venas varicosas |
| | <input type="checkbox"/> Venas araña | <input type="checkbox"/> Magullase/sangra fácilmente | <input type="checkbox"/> Venas varicosas |
| Respiratorio: | <input type="checkbox"/> Tos / Sibilancias | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (no con el ciclo menstrual) | <input type="checkbox"/> Asma |
| | <input type="checkbox"/> Bronquitis frecuente | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Dificultad con respiración |
| Gastrointestinal: | <input type="checkbox"/> Ardor de estómago / reflujo | <input type="checkbox"/> Neumonía frecuente | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| | <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| | <input type="checkbox"/> Condiciones de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia | <input type="checkbox"/> Condiciones del hígado |
| Genitourinario: | <input type="checkbox"/> Historia de infección de la vejiga | <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia | <input type="checkbox"/> Orinación dolorosa /con sangre |
| | <input type="checkbox"/> Pérdida de orina | <input type="checkbox"/> Ganas frecuentes de orinar en la noche | |
| | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Sangramiento anormal | |
| | <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la función sexual | <input type="checkbox"/> flujo anormal | |
| Neuropsiquiátrico: | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Tratamiento para la depresión / el ansiedad | |
| | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual/emocional | <input type="checkbox"/> Historia de violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad con el sueño | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo |
| Infecciones: | <input type="checkbox"/> Micosis vaginal | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Varicela |
| | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | |
| Endocrino: | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | |

Historia Familiar (Compruebe si la familia se ve afectada - abuelos, padres, hermanos o hijos)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado |
| <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo | <input type="checkbox"/> Cáncer (mama, ovario, útero, endometrio, colorrectal) | |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangramiento / coagulación | |
| <input type="checkbox"/> Asma / EPOC | <input type="checkbox"/> Depresión y suicidio | <input type="checkbox"/> Trastornos genéticos _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Firma de la paciente _____

Patient Label