

FECHA \_\_\_\_\_

## Flower Mound Women's Health

### Regresando Anual Examen de Actualización

Es nuestro esfuerzo de proporcionarle el mejor cuidado, nosotros querríamos actualizar nueva información. Si usted complacería actualiza la forma debajo sería más apreciativo.

Nombre \_\_\_\_\_

• Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

• La fecha de último período menstrual \_\_\_\_\_

• ¿Son sus ciclos menstruales normales? \_\_\_\_\_

• La fecha de último Mamograma \_\_\_\_\_

• La fecha del último chequeo Colesterol \_\_\_\_\_

• ¿Hay una Historia Familiar de la Enfermedad cardíaca o el Colesterol Alto?  
\_\_\_\_\_

• El uso del anticonceptivo \_\_\_\_\_

• ¿Cuándo fué tu ultimo tétano? \_\_\_\_\_ (CDC  
recomienda que recibas una cada diez años)

### **Endroge Alergias**

---

---

---

---

### **¿Las Medicinas actuales?**

---

---

---

---

### **¿Cualquier cambio en la historia clínica o cirugías?**

---

---

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar los que aplican.**

**1. Sintomas Generales**

- Debil, cansada siempre
- Fiebre
- Perdida de peso sin causa
- Aumento de peso sin causa
- Falta de apetito
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**2. Ojos**

- Cambios en su vision
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**3. Oidos, Nariz, Garganta**

- Problemas de sinusitis
- Dolores de cabeza
- Timbre en los oidos
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**4. Cardiovascular (Corazon)**

- Dolores de pecho
- Falta de aire al respirar
- Inchason de los pies
- Palpitaciones irregulares
- Dificultad de respirar al dormir
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**5. Pulmonar (Pulmones)**

- Toser
- Ruidos del pulmon al respirar
- Sangre al escupir
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**6. Gastrointestinal**

- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangramiento rectal
- Dolores estomachales
- Gas estomachal
- Vomitos o nausias
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**7. Urinario**

- Sangre en la orina
- Ardor al orinar
- Orina frecuente
- Urgencia de orinar
- Escape de orina
- Sensacion de vegiga llena despues de orinar
- Piedras en el riñon
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**He revisado los sintomas anteriores.**

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**8. Muscular**

- Debilidad
- Dolor de coyunturas
- Dolor de espalda
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**9. Piel y Senos**

- Rash
- Masa en el seno
- Dolor de seno
- Desecho del pezon
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**10. Neurologico**

- Desmayos
- Ataques
- Entumescimiento
- Problemas al caminar o de balance
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**11. Psiquiatrico**

- Depression
- Ansiedad
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**12. Endocrino**

- Sofocos de calor
- Diabetes
- Problemas de la tiroide
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**13. Hematologico & Lymphatico**

- Moraduaa facilmente
- Sangramiento
- Agrandamiento de glandulas lymphaticas
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**14. Gynecologico**

- Problemas embarazandose
- Sangramiento vaginal anormal
- Desecho vaginal anormal
- Dolor de pelvis
- Dolor con relaciones sexuales
- Infeccion pelvica
- Vagina sobresalida/ llena
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

15. ¿Usted fuma? Sí No

16. ¿Se ejercita regularmente? Sí No

17. ¿Tiene usted una dieta saludable? Sí No

