



Name/nombre: _____

DOB/fecha de nacimiento: _____

Date/fecha: _____

Physician History

historia de medicos

Primary Care Physician /doctor primario:	Who sent you /¿quien te mando?:
Other Physicians:	Allergies:
Chief Complaint/razon por visita:	History of present illness

Gynecologic History

Historia de ginecológico

Last date of menstrual?	fecha del ultimo menstrual:
Age periods began?	edad que menstrual empeso:
Length of periods?	numero de dias de menstrual:
Number of days between periods?	numero de dias que tienes durante menstrual:
Any recent changes in periods?	a tenido cambios en su menstrual:
Are you currently sexually active ?	¿es sexual mente activa? []No []Yes/sí
Have you ever had sex?	¿a tenido relaciones? []No []Yes/sí
Number of sexual partners?	¿numero de parientes en que tenga relaciones con?
Sexual partners are? []women []men []both	¿los intereses de uno?: []mujer []hombres []los dos
Present birth control method?	¿métodos anticonceptivos?
Ever had an IUD or birth control pills? []No []Yes	¿ha tomado pastillas o tenido un DIU? []No []sí
If yes, how long?	¿sí a tomado lo alistado, por cuanto tiempo?
When was your last pap smear?	¿cuando fue el ultimo papanicolaou?
What was your results? []Normal []Abnormal []Other	¿que fueron los resultados? []normal []abnormal []otro
Ever had an abnormal pap? []No []Yes	¿ha tenido un papanicolaou abnormal? []No []sí
Do you self exam your breast? []No []Yes	¿usted se examina los senos? []no []sí
Positive for STD []No []Yes	¿eres positiva de ETS? []no []sí
History of Gonorrhoea or Chlamydia []No []Yes	¿ha tenido gonorrea o clamidia? []no []sí
Positive for Herpes []No []Yes	¿eres positiva de herpes? []no []sí



Name/nombre: _____

Obstetric History

Historia de obstétrica

	Number/ numero		Number/ numero		Number/ numero
Pregnancies/ embarazos		Abortions/ abortos		Miscarriages/ abortos involuntarios	
Premature Births(<37wk) /nacimientos prematuros		Live Births/ nacidos vivos		Living Children/ los niños que viven	

Name/nombre	Birth Date/ fecha de nacimiento	Weight at Birth/ peso al nacer	Baby's Sex/ el sexo del bebé	Weeks Pregnant/ semanas de embarazo	Type of Delivery/ tipo de parto
1.					
2.					
3.					
4.					

Current Medications

Medicamentos que está tomando

Drug Name/ medicamento	Dosage/ dosis	Who prescribed? / quien prescribio el medicamento	Drug Name/ medicamento	Dosage/ dosis	Who prescribed?/ quien prescribio el medicamento

Personal Past History of Illnesses

Historia de enfermedades

Major Illness/ enfermedades principales	Yes (date)/ Sí (fecha)	No	Not sure/ no esta seguro



Name/nombre: _____

Operations/ Hospitalizations

Operaciones/ Hospitalizaciones

Reason/ razón	Date / fecha	Hospital

Social History

Historia social

	Yes / sí	No
Ever smoked? Current smoking: Packs per day: ¿A fumado? Paquetes que fuma: paquetes que fuma al día?:		
Years: años que fumo?:		
Alcohol: Drinks per day: Alcohol: bebidas por día?:		
Drinks per week: bebidas por semana?:		
Type of Drink: tipo de bebida?:		
Drug Use: ¿Uso de droga?		
Seat Belt Use ¿uso de cinturón de seguridad?		
Regular exercise: How Long and how often? Ejercicio regular: ¿cuánto tiempo y cuantas veces?		
Dairy product intake/ and or calcium supplements: Daily Intake? Consumción del producto lácteo o suplemento del calcio: ¿producto diario?		
Health hazards at home or work? ¿Peligros para la salud en el país or trabajo?		
Have you been sexually abused, threatened, or hurt by anyone? ¿te han abusado sexual?, ¿te han amenazado o has sido lastimado por cualquier persona?		
Do you have an advance directive(living will)? ¿Tienes un directorio anticipado?		
Are you an organ donor? ¿Eres un donante de órgano?		



Name/nombre: _____

Family History

Historia de familia

Mother/ madre: [<input type="checkbox"/>]Living/ viva [<input type="checkbox"/>]Deceased-cause/ difunto-caso:	Age/ edad:	Father/ padre: [<input type="checkbox"/>]Living/ vivo [<input type="checkbox"/>]Deceased-cause/ difunto-caso:	Age/ edad:
Siblings/ hermanos:	Number Living/ vivos []	Number Deceased/ muertos []	Causes(Age)/ casos(edad) :
Children/ niños:	Number Living/ vivos []	Number Deceased/ muertos []	Causes(Age)/ casos(edad):
Illness / enfermedad	Yes/ sí	Which relative(s) & age / ¿qué pariente y a qué edad?	
Diabetes diabetes			
Stroke ataque del corazón			
Heart Disease enfermedad cardíaca			
Blood Clots in Lungs/Legs coágulos de sangre en los pulmones o piernas			
High Blood Pressure alta presión			
High Cholesterol colesterol alto			
Osteoporosis(weak bones)			
Hepatitis			
HIV/AIDS VIH/SIDA			
Tuberculosis			
Birth Defects defectos de nacimiento			
Alcohol or Drug Problems problemas del alcohol o de las droga			
Breast Cancer cáncer de pecho			
Colon Cancer cáncer del colon			
Ovarian Cancer cáncer del ovario			
Uterine Cancer cáncer uterino			
Mental Illness/depression enfermedad mental or depresión			
Alzheimer's Disease enfermedad de Alzheimer(pérdida de memoria)			
Other otro			



Name/nombre: _____

Review of Systems (ROS)

Revisión de sistemas

1. Constitutional constitucional	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Weight Loss/ pérdida de peso [<input type="checkbox"/>]Weight Gain/ aumento de peso [<input type="checkbox"/>]Fever/ fiebre [<input type="checkbox"/>]Fatigue/ fatiga [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
2. Eyes ojos	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Vision Change/ cambio de visión [<input type="checkbox"/>]Glasses/Contacts/ lentes/contactos para la visión [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
3. Ear, Nose, & Throat Oídos, nariz, y garganta	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Ulcers/ úlceras [<input type="checkbox"/>]Sinusitis/ sinusitis [<input type="checkbox"/>]Headache/ dolor de cabeza [<input type="checkbox"/>]Hearing Loss/ pérdida de oída [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
4. Cardiovascular	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Orthopnea [<input type="checkbox"/>]Difficulty breathin on exertion/ dificultad de respirar en el esfuerzo [<input type="checkbox"/>]Edema [<input type="checkbox"/>]Palpitation/ palpitación [<input type="checkbox"/>]Other/ otro [<input type="checkbox"/>]Chest pain/ dolor de pecho
5. Respiratory respiratorio	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]wheezing/ ojir [<input type="checkbox"/>]Hemoptysis/ hemopisis [<input type="checkbox"/>]Shortness of Breath/ brevedad de la respiración [<input type="checkbox"/>]Cough/ tos [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
6. Gastrointestinal	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Diarrhea/ diarrea [<input type="checkbox"/>]Bloody stool/ intestino sangriento [<input type="checkbox"/>]Nausea, vomiting, indigestion/ náusea, el vomito, indigestión [<input type="checkbox"/>]Constipation/ estreñimiento [<input type="checkbox"/>]Flatulence [<input type="checkbox"/>]Pain/ dolor [<input type="checkbox"/>]Fecal incontinence/ incontinencia fecal [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
7. Genitourinary genitourinario	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]hematuria [<input type="checkbox"/>]Dysuria/ disuria [<input type="checkbox"/>]Urgency/ urgencia [<input type="checkbox"/>]Frequency/ frecuente [<input type="checkbox"/>]Incomplete Emptying/ el vaciar incompleto [<input type="checkbox"/>]Incontinence/ incontinencia [<input type="checkbox"/>]Dyspareunia/ dispareunia [<input type="checkbox"/>]Abnormal or painful periods/ abnormal periodos [<input type="checkbox"/>]PMS [<input type="checkbox"/>]Abnormal Vaginal Bleeding/ sangría vaginal abnormal [<input type="checkbox"/>]Abnormal vaginal Discharge/ descarga abnormal [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
8. Musculoskeletal	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Muscle Weakness/ debilidad de músculo [<input type="checkbox"/>]Muscle or joint pain/ músculo o dolor común
9. Skin piel	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Rash/erupción [<input type="checkbox"/>]Ulcers/ úlceras [<input type="checkbox"/>]Dry skin/ piel seca [<input type="checkbox"/>]Pigmented Lesions/ lesiones pigmentadas [<input type="checkbox"/>]Other/ otra
10. Breast pecho	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Mastalgia [<input type="checkbox"/>]Discharge/ descarga [<input type="checkbox"/>]Masses/ masas [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
11. Neurologic Neurológico	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Syncope/ síncope [<input type="checkbox"/>]Seizures/ asimientos [<input type="checkbox"/>]Numbness/ entumecimiento [<input type="checkbox"/>]Trouble walking/ problemas caminando [<input type="checkbox"/>]Severe memory problems/ problemas de memoria severios [<input type="checkbox"/>]Other/ otro
12. Psychiatric psiquiátrica	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Depression/ depresion [<input type="checkbox"/>]Crying/ llorar [<input type="checkbox"/>]Severe Anxiety/ ansiedad severa [<input type="checkbox"/>]Other/ otra
13. Endocrine endocrina	[<input type="checkbox"/>]Negative/ negativo [<input type="checkbox"/>]Diabetes [<input type="checkbox"/>]Hypothyroid [<input type="checkbox"/>]Hypertthyroid [<input type="checkbox"/>]Hot Flashes/episodios calientes [<input type="checkbox"/>]Hair loss/ pérdida del pelo [<input type="checkbox"/>]Heat/Cold Intolerance/ intolerancia de calor o frío [<input type="checkbox"/>]Other/ otro



Austin Area Women's Center OB/GYN Medical History

Name/Nombre: _____
 DOB/Fecha de nacimiento: _____

Prenatal diagnosis Screening Questionnaire/Proyeccion de Preguntas

1. **Will you be age 35 or older when the baby is due?** **Yes** **no**
 /va usted tener 35 años de edad cuando tenga su bebe?

2. **Have you or the baby's father or anyone in either of your families ever had:**
 /alguien en su o la familia del padre alguna vez an tenido?

Down Syndrome/síndrome de cabeza	yes	no
Spina Bifida/Myelomeningocele/espina bífida	yes	no
Hemophilia/hemofilia	yes	no
Muscular Dystrophy/distrofia muscular	yes	no
Cystic Fibrosis/fibrosis de cystic	yes	no
Trisomy 13	yes	no
Trisomy 18	yes	no
Blood Clots/coagulos de sangre	yes	no

3. **Have you or the baby's father had a child born with a birth defect other than those listed above?** **Yes** **no**
 /a tenido usted o su pariente nacido con un defecto de nacimiento que no esta alistado?

4. **Do you or the baby's father have a close relative who has a heart defect?** **yes** **no**
 /usted o su pariente tiene un familiar cercano con us defecto de corazón

5. **Do you or the baby's father have a close relatvie who are mentally impaired?** **Yes** **no**
 /usted o su pariente tiene un familiar quien están mentalmente perjudicados?

6. **Do you,your baby's father or a close relative in either of your families have any Genetic or chromosomal disorder not listed above?** **Yes** **no**
 /alguien tiene desordenes genéticos o Cromosómicos de parte de ti,o el papa del niño o en la familia?

7. **Have you, or your spouse of the baby's father in a previous marriage had 2 or more miscarriages?** **yes** **no**
 /ha tenido el otro embarazo con alguien maz por muerte Del niño

8. **Do you or the baby's father have any of the following ancestry? (cicle/cicule)**
 Usted o el padre de bebe tienen cualquiera de los fondos
 - Eastern europe(ashkenai Jewish)
 - French Canadian
 - North European(Caucasian)
 - African American
 - Greek
 - Middle Eastern
 - Asian Indian (india)

Ethnic background of mother of baby/fondo de madre _____

Ethnic background or father of baby/fondo de padre _____