



(787) 664-0357

**HISTORIAL GINECOLÓGICO  
(PARA LAS FÉMINAS)**

CONDICIÓN	SI	NO	CONDICIÓN	SI	NO
Menstruación dolorosa			Dolor o masas en las mamas		
Menstruación prolongada			Infecciones vaginales frecuentes		
Uso de anticonceptivos			Embarazos		

**HISTORIAL DE LA FAMILIA  
(PADRE, MADRE, ABUELOS, TIOS)**

CONDICIÓN	SI	NO	CONDICIÓN	SI	NO
Anemia			Enfermedades de riñón		
Artritis			Enfermedades de tiroides		
Asma – alergias nasales			Epilepsia		
Cáncer			Hepatitis		
Condición mental			Hipertensión		
Desorden de coagulación			Tuberculosis		
Diabetes			Úlceras de estomago		
Enfermedades cardiacas			Otras:		

**HISTORIAL SOCIAL DEL ESTUDIANTE  
(OPCIONAL)**

CONDICIÓN	SI	NO
Uso frecuente de alcohol (3 veces o más a la semana)		
Uso de cigarrillos		
Uso de sustancias controladas		

**CERNIMIENTO DE VIOLENCIA**

¿Cómo considera su relación de pareja?

( ) Tensa    ( ) Ocasionalmente tensa    ( ) Poco tensa    ( ) No tensa    ( ) N/A

Yo \_\_\_\_\_, del pueblo de \_\_\_\_\_,

Nombre del Estudiante

Certifico que la información en este documento corresponde a la verdad, según mi mejor conocimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_