

SPANISH Repaso de Sistemas/Historia Medica

Por favor liste medicinas que ha tomado el año pasado o que esta tomando:

Medicina que ha tomando	Dosis	fecha ha toma

Por favor liste alguna alergia conocida:

¿Ha usado cualquier drogas de la calle desde que llegando a ser embarazada? Sí No

¿Si "sí" que tipo? _____

Ha tomado bebidas alcohólicas? Sí No

¿Si "sí" que tipo? _____

¿Fuma Ud? Sí No

¿Tiene Ud o ha tenido Ud cualquier a de las condiciones siguientes?

Fiebre inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Las infecciones de oregas (de otra manera que niñez)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas del seno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Las hemorragias nasales repetidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La pulmonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Contacto cerco con persona con TB (tisis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Prueba positiva del piel de TB	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos inexplicado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La falta de aliento inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras problemas de pulmones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sopla de corazon	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prolapso mitral de la válvula	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras problemas de las válvulas de la corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de pecho inexplicados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desmayando inexplicado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alta presión de sangre durante embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alta presión de sangre, otra	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Raynauds' enfermedad o el fenómeno de Raynaud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Riego sanguíneo pobre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
el embarazo severo de la náusea y vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Náusea y vómitos severa antes de el embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de los intestinales, colon irritable o Crohn's enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Restricciones dietéticas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diarrea que volviendo a ocurrir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acidez, reflujo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis, la ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infecciones de vesícula o riñones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas con la micción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas menstrual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Esterilidad, dificultad que queda embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infecciones de las partes genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Herpes o un socio con herpes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedades venéreas y genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad pélvica de inflamación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Clamidia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sífilis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH. Sida, o su socio teinela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Examen de papaniculau abnormal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Diabetes (se le sube el azúcar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de la glándula Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras problemas con hormonas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia, el desorden del ataque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Somnolencia inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Migraña/ Dolores de cabeza del grupo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza que volviendo a ocurrir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El desorden de ataque de pánico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de psiquiátrico,mental/emocionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de cabello inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis/los dolores de la coyuntura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lupus	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sangrando la tendencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé



No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

No sé

