

**Good Samaritan Health & Wellness Center**  
Policies and Procedures

Subject: GYNECOLOGIC HISTORY INTAKE

Policy #: 5.40

Prepared by:

Revision #:

Approved by: Board of Directors

Effective Date: 7/24/2015

## 5.40 Gynecologic History Intake

GYNECOLOGIC HISTORY FORM ATTACHMENTS:

- A. English
- B. Spanish

GOOD SAMARITAN HEALTH & WELLNESS CENTER

Gynecological History

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Chart#: \_\_\_\_\_

1. When was your last PAP test?  1yr  2yr  >3yr
2. Were the results normal?  Yes  No
3. Have you ever had an abnormal pap test?  Yes  No
4. Have you had a colposcopy?  Yes  No
5. When was your last mammogram?  1yr  2yr  >3yr
6. How often do you perform self breast exam?  
 Less often than monthly  Monthly
7. Do you have a history of breast problems?  Yes  No
8. Do you have a history of fibrocystic changes?  Yes  No
9. Age at Menarche \_\_\_\_\_ 1<sup>st</sup> day of LMP: \_\_\_\_\_
10. How often do you usually get your period? Every \_\_\_\_\_ days
11. How many days do your periods last? \_\_\_\_\_ days
12. The blood flow is: Light Moderate Heavy
13. Do you have bleeding between periods?  Yes  No
14. Do you have any discharge?  Yes  No
15. Are you sexually active?  Yes  No
16. If yes, do you and your partner use birth control?  Yes  No  
Method: \_\_\_\_\_
17. Have you ever had a sexually transmitted disease?  Yes  No
18. Check any that apply:  
 Gonorrhea  Chlamydia  HPV  Syphilis  Herpes Other

**Reproductive History:**

19. If you have been pregnant, please indicate how many:
  - a. Pregnancies \_\_\_\_\_
  - b. Full-term live births \_\_\_\_\_ Premature births \_\_\_\_\_
  - c. Living children \_\_\_\_\_

d. Miscarriages\_\_

e. Complications\_\_\_\_\_

20. Check any previous Gynecological Surgeries done:

- a.  Cervical conization
- b.  Endometrial biopsy
- c.  Hysterectomy, Abdominal
- d.  Hysterectomy, Vaginal
- e.  B.S.&O(both tubes & ovaries)
- f.  Laparoscopy, diagnostic
- g.  Laparoscopy, Therapeutic
- h.  Oophrectomy R L
- i.  Salpingectomy R L Bilateral
- j.  Tubal ligation
- k.  D&C \_\_time(s)
- l.  C-Section\_\_time(s)

21. (If applicable) age at Menopause \_\_\_\_ (natural; surgical)

22. Is there a Family History of:  Breast cancer  Colon Cancer  Uterine cancer

Ovarian cancer  Other cancers  Osteoporosis  Heart disease

23. Loss of urine with cough or sneeze?  Yes  No

24. Sudden unstimulated loss of urine?  Yes  No

25. Bleeding with intercourse?  Yes  No

26. Vaginal dryness?  Yes  No

27. Hot flashes?  Yes  No

On a scale of 0 to 10, with 0 being no symptoms and 10 being severe symptoms, how would you describe the following (please circle):

28. Pain during your usual period: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

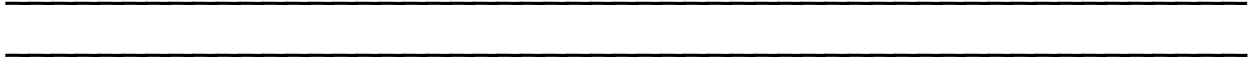
29. Pain during intercourse: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Do you have any other women's health concerns?

---

---

---



**GOOD SAMARITAN HEALTH & WELLNESS CENTER**  
**Historia Ginecológica.**

Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Cartilla#: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo fue su última prueba de PAP?  1Año  2Años  >3Años
  2. ¿Los resultados fueron normales?  Si  No
  3. ¿Ha tenido alguna prueba anormal de PAP?  Yes  No
  4. ¿Le han realizado alguna colonoscopia?  Si  No
  5. ¿Cuándo fue su último mamograma?  1Año  2Años  >3Años
  6. ¿Qué tan seguido se revisa el busto (senos)?  
 Varias veces al mes  Mensualmente  Si  No
  7. ¿Ha tenido problemas anteriormente con sus senos?  Si  No
  8. ¿Ha tenido problemas de quistes anteriormente?  Si  No
  9. ¿A qué edad tuvo la primera menstruación? \_\_\_\_\_ Ultimo período: \_\_\_\_\_
  10. ¿Qué tan seguido tiene su menstruación? Cada \_\_\_\_\_ días.
  11. ¿Cuántos días dura su menstruación? \_\_\_\_\_ días
  12. El sangrado es: Ligeramente Moderado Intenso
  13. ¿Ha tenido sangrados fuera del período menstrual?  Si  No
  14. ¿Ha tenido algún flujo?  Si  No
  15. ¿Es activa sexualmente?  Si  No
  16. Si es afirmativo. ¿Usted y su pareja utilizan anticonceptivos?  Si  No
- Método: \_\_\_\_\_
17. ¿Ha tenido alguna enfermedad sexual contagiosa?  Si  No
  18. Marque las que haya tenido:  
 Gonorrea  Clamidia  HPV (virus de las verrugas)  Sífilis  Herpes

**Historial reproductivo:**

19. Si ha estado embarazada, por favor diga cuántas veces:

- a. Embarazos\_\_
- b. nacimientos completados\_\_ Nacimientos prematuros\_\_
- c. Hijos con vida\_\_\_\_
- d. Abortos\_\_
- e. Complicaciones \_\_\_\_\_

20. Marque cualquier cirugía ginecológica realizada:

- a.  Conización cervical
- b.  Biopsia endometrial
- c.  Histerectomía, Abdominal
- d.  Histerectomía, Vaginal
- e.  Remover los conductos y ovarios
- f.  Diagnóstico de laparoscopia
- g.  Terapia de laparoscopia
- h.  Ooforectomía (extracción de algún ovario)
- i.  Salpingo ooforectomía (extirpación de algún ovario y tubo uterino)
- j.  Ligadura de las trompas
- k.  Dilatación y curetaje \_\_\_\_\_ Veces
- l.  Cesárea \_\_\_\_\_ Veces

21. (Si corresponde) Edad de la menopausia \_\_\_\_ (natural; quirúrgica)

22. Hay antecedentes familiares de:  Cáncer de senos  Cáncer del colon  Cáncer uterino  Cáncer de ovarios  Algún tipo de cáncer  Osteoporosis

Enfermedades cardiacas.

23. ¿Incontinencia urinaria al toser o estornudar?  Si  No

24. ¿Incontinencia repentina de orina?  Si  No

25. ¿Sangrado durante la penetración?  Si  No

26. ¿Resequedad vaginal?  Si  No

27. ¿ Sofocos de calor?  Si  No

En una escala de 0 s 10, con 0 iniciando sin síntomas y 10 con síntomas severos. ¿Cómo describiría los siguiente? (marque con un circulo):

28. Dolor durante el período normal: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Dolor durante la penetración: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Tiene alguna otra preocupación en su salud como mujer?

---

---

---

---