

Lillian DeCosimo, M.D.

About Care OB/GYN Associates, P.C.
6134 Redwood Square Center
Suite 101
Centreville, VA 20121
Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-897

MEDICAL HISTORY

Patient Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Today's Date Fecha de hoy
Why have you come to the office today? ¿Por que viene hoy a la oficina?		
<input type="checkbox"/> Annual / Routine Gynecological Examination <i>Exámen anual ginecológico de rutina con Papanicolaó</i> <input type="checkbox"/> Problem Visit (explain) <i>Problema (explique)</i>		

Gynecological History *Historia Ginecológica*

Date of last normal period (first day) <i>Primer día de su última menstruación</i>	/ /	Date of last Pap test <i>Fecha de su última Papanicolaó</i>	/	Date of last mammogram <i>Fecha de su última momografía</i>	/
Date of last bone density test <i>Fecha de su último exámen para los huesos</i>	/	Date of last colonoscopy <i>Fecha de su última</i>	/	Date of last cholesterol screening <i>Fecha de su último exámen del colesterol</i>	/
Do you examine your breasts monthly? <i>¿Se examina los pechos cada mes?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Any pain with periods? <i>¿Tiene dolor con su periodo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Age of first period <i>Edad de su primera menstruación</i>		Number of days between start of periods <i>¿Cada cuantos días tiene su periodo?</i>		How many days period lasts <i>¿Por cuantos días tiene su periodo?</i>	
Any recent changes in periods? <i>¿Ha tenido algún cambio en su periodo?</i>					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (explain) <i>¿No Si (explique)</i>			Have you ever had an abnormal Pap? <i>¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaó anormal?</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (explain) <i>¿No Si (explique)</i>			Have you ever had sex? <i>¿Ha tenido relaciones sexuales?</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <i>¿Esta teniendo relaciones sexuales corrientemente?</i>			Sexual partners are: <i>Pareja sexual es:</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> both <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> ambos		
Current method of birth control: <i>Método que usa para prevenir el embarazo:</i>					
<input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> condoms <input type="checkbox"/> pills <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> tubal <input type="checkbox"/> vasectomy <input type="checkbox"/> other: <i>¿ninguno condomes píldoras DIU operación otro:</i>					
Have you ever used birth control hormones? <i>¿Alguna vez ha usado pastillas anticonceptivas?</i>			What type and how long? <i>Que tipo y por cuanto tiempo?</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
Have you ever used an IUD? <i>¿Alguna vez a tenido un DIU?</i>			Lifetime number sexual partners <i>¿Cuantas parejas sexuales ha tenido?</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes When? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuando?					
Have you ever been on hormone replacement therapy? <i>¿Alguna vez ha tomado hormonas?</i>			If yes, for how long? <i>Si contestó si, ¿por cuanto tiempo las tomó?</i>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			_____ years años		

Please check if you have or have had any of the following and explain below:
Marque si ha tenido ó le han hecho y explica abajo:

<input type="checkbox"/> 1. Colposcopy <i>Colposcopia</i>	<input type="checkbox"/> 7. DES exposure <i>Expuesta al DES</i>	<input type="checkbox"/> 13. Gonorrhea / chlamydia
<input type="checkbox"/> 2. Cryotherapy <i>Crioterapia</i>	<input type="checkbox"/> 8. Uterine fibroids <i>Fibromas o tumores del utero</i>	<input type="checkbox"/> 14. Herpes
<input type="checkbox"/> 3. LEEP / LLETZ / cone biopsy <i>LEEP / LLETZ / biopsia del cuello uterino</i>	<input type="checkbox"/> 9. Ovarian cysts <i>Quistes de los ovarios</i>	<input type="checkbox"/> 15. Genital warts (HPV / condyloma) <i>Verrugas genitales</i>
<input type="checkbox"/> 4. Endometrial biopsy <i>Biopsia de la matriz</i>	<input type="checkbox"/> 10. Polycystic Ovarian Syndrome <i>Síndrome de polyquistes de los ovarios</i>	<input type="checkbox"/> 16. Syphilis <i>Sifilis</i>
<input type="checkbox"/> 5. Breast biopsy <i>Biopsia del seno</i>	<input type="checkbox"/> 11. Endometriosis	<input type="checkbox"/> 17. Pelvic Inflammatory disease (PID) <i>Infección pélvica</i>
<input type="checkbox"/> 6. Gynecological birth defects <i>Malformaciones congénitas ginecológico</i>	<input type="checkbox"/> 12. Infertility <i>Infertilidad</i>	<input type="checkbox"/> 18. Other sexually transmitted diseases <i>Otras enfermedades sexuales</i>

Explain explica _____

Lillian DeCosimo, M.D.

About Care OB/GYN Associates, P.C.
 6134 Redwood Square Center
 Suite 101
 Centreville, VA 20121
 Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-8972

Patient Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Today's Date Fecha de hoy
------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Obstetrical History Historial Obstétrica

	Number Número		Number Número		Number Número
Pregnancies Embarazos		Miscarriages Pérdidas de embarazo		Premature Births (≤ 37 weeks) Nacimientos Prematuros (≤ 37 semanas)	
Live Births Hijos Nacidos Vivos		Abortions Abortos		Living Children Hijos Vivos	

Date Fecha	Vaginal or Cesarean Parto natural o cesarea	Sex Sexo	Birth Weight Peso al Nacer	Length of Labor	Wkgs Preg Semanas Embarazo	Anesthesia Anestesia	Complications Complicaciones
/							
/							
/							
/							
/							
/							

History of Illnesses Historial Enfermedad

	No	Yes When? Si ¿Cuándo?		No	Yes When? Si ¿Cuándo?
1. Asthma Asma			15. Headaches Dolores de cabeza		
2. Pneumonia / Lung disease / Tuberculosis Pulmonia / enfermedad pulmonar / Tuberculosis			16. Seizures / Convulsions / Epilepsy Convulsiones / Epilepsia		
3. Diabetes			17. Glaucoma / Cataracts Glaucoma / Catarata		
4. Heart attack / problems Ataque del corazón / problemas del corazón			18. Depression / Anxiety Depresión / Ansiedad		
5. High Blood Pressure Presión alta			19. Anemia		
6. Stroke Derrame cerebral			20. Blood transfusions Transfusión de sangre		
7. Blood clots in lungs or legs Coágulos de sangre en los pulmones ó piernas			21. Broken bones Huesos fracturados		
8. Hepatitis / Yellow jaundice / Liver disease Hepatitis / Ictericia (piel amarillo) / Enfermedad del hígado			22. Arthritis / Joint pain / Back problems Artritis / Rheuma / Problemas de la espalda		
9. Gallbladder disease Problemas con vesícula biliar			23. HIV or AIDS VIH o SIDA		
10. Reflux / Hiatal Hernia / Ulcers Acidez del estómago / úlceras			24. Eating Disorders Trastorno de comida (anorexia, bulimia)		
11. Bowel problems Problemas intestinales			25. Rheumatic Fever Fiebre reumática		
12. Kidney infections / stones Infección de riñón / piedras renales			26. Chickenpox Sarampión		
13. Thyroid disease Problemas de la glándula tiroide.			27. Other Otro		
14. Cancer Cáncer			28. Other Otro		

Current Medications Medicamentos que Esta Tomando
 (Including hormones, vitamins, herbs, nonprescription medications)

Medication Name Nombre de Medicina	Dosage Dosis	Who Prescribed ¿Quién recetó?	Medication Name Nombre de Medicina	Dosage Dosis	Who Prescribed ¿Quién recetó?

Lillian DeCosimo M.D.

About Care OB/GYN Associates, P.C.
6134 Redwood Square Center
Suite 101
Centreville, VA 20121
Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-8972

Patient Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Today's Date Fecha de hoy
------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Allergies Alergias

Latex Allergy <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Explain type of reaction: Alergia al Latex <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Explica reaccion tipo:
Medication Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Please list medication and type of reaction: Alergias medicamentos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Por favor indique cual(es) y reaccion tipo:
Other Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Please list with type of reaction: Otras alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Por favor indique con reaccion tipo:

Surgeries / Injuries / Illness (requiring hospitalization)
Cirujias / Operaciones / Accidentes / Enfermedades (que necesita hospital)

Type of Surgery / Injury / Illness Tipo de Cirujias / Operaciones / Accidentes / Enfermedades	Location Locacion	Date Fecha

IMMUNIZATIONS Vacunas	Date Fecha	IMMUNIZATIONS / TEST Vacunas/Examen	Date Fecha
Tetanus-Diphtheria booster Tétano - Difteria		Influenza vaccine (flu shot) Vacuna contra la influenza	
Tetanus A Vaccine Vacuna contra Tétano A		Hepatitis B vaccine Vacuna contra la Hepatitis B	
Varicella vaccine Vacuna contra el sarampión		Pneumococcal vaccine Vacuna contra	
Measles-Mumps-Rubella (MMR) Vaccine Vacuna contra Viruela / Paperas / Rubeola		Tuberculosis (TB) or PPD test [result:] Examen de la Tuberculosis o PPD [resultado:]	

Social History Historial Social

Do you smoke? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes How many? ____ / day for ____ years ¿Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuantos al dia? ____ por cuantos años? ____	Alcohol: Drinks per day ____ Per week ____ ¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuantos al dia ____ a la
Health hazards at home or work? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, type: ¿Hay peligros en su trabajo o casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿que tipo?	Recreational drug use? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, which: ¿Usa drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si contesto si, ¿Cual?:
Regular exercise? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ____ mins long, ____ times/week ¿Hace ejercicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuanto tiempo? ____ minutos; ____ veces por semana	Have you been sexually abused or hurt? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ¿La han abusado sexualmente o violado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dairy products in diet? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ____ servings per day ¿Consume productos lácteos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ____ por dia	Calcium supplements? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ____ mg per day ¿Toma suplementos de calcio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ____ por dia
Travel outside the U.S.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes When and where? ¿Ha viajado fuera de los EU.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuando y donde?	Do you wear your seatbelt? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Usa su cinturon de seguridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
School completed: <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Graduate <input type="checkbox"/> other Nivel de escuela: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> otro	Number of people in household ____ Número de personas que viven en casa ____
Would you accept a blood transfusion in an emergency? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En emergencia, ¿tenemos permiso para da le transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Religion:

Lillian DeCosimo, M.D.

About Care OB/GYN Associates, P.C.
 6134 Redwood Square Center
 Suite 101
 Centreville, VA 20121
 Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-8972

Patient Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Today's Date Fecha de hoy
------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Family History Historia de Familia

Mother: Age _____ <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Deceased Cause Madre: Edad _____ <input type="checkbox"/> Vivendo <input type="checkbox"/> Muerto Causa	Father: Age _____ <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Deceased Cause Padre: Edad _____ <input type="checkbox"/> Vivendo <input type="checkbox"/> Muerto Causa
---	---

Siblings: Number Living _____ Number Deceased _____ Cause(s)/Age(s) Hermanos: Cuanto viviendo _____ Cuanto muerto _____ Causa(s)/Edad(es)
--

Children: Number Living _____ Number Deceased _____ Cause(s)/Age(s) Hijos: Cuanta viviendo _____ Cuanto muerto _____ Causa(s)/Edad(es)

Illness Enfermedad	Yes Si	Which Relative(s) & Age of Onset ¿Quien en su familia y que edad le comenzo?	Illness Enfermedad	Yes Si	Which Relative(s) & Age of Onset ¿Quien en su familia y que edad le comenzo?
High Cholesterol Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>		HIV/AIDS VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	
High Blood Pressure Presion alta	<input type="checkbox"/>		Hepatitis	<input type="checkbox"/>	
Heart Disease Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/>		Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
Stroke Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>		Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	
Blood clots in lungs/legs Coágulos en los pulmones o piernas	<input type="checkbox"/>		Breast cancer Cáncer del seno o mama	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (problemas con azucar)	<input type="checkbox"/>		Colon cancer Cáncer del colon/intestino	<input type="checkbox"/>	
Drinking /drug problems Alcoholismo /adicción droga	<input type="checkbox"/>		Ovarian cancer Cáncer de los ovarios	<input type="checkbox"/>	
Birth defects Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>		Uterine cancer Cáncer de la matriz/utero	<input type="checkbox"/>	
Mental illness/depression Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>		Other Otro	<input type="checkbox"/>	
Alzheimer's disease Mal de Alzheimers	<input type="checkbox"/>		Other Otro	<input type="checkbox"/>	

Review of Systems Repasa de Sistemas

Check if you have now or have ever had the following problems and explain below (use related number):

Marque si tiene (ahora) o ha tenido (pasado) algunos de los mencionados y explica abajo (usa numero):

		Now Ahora	Past Pasado		Now Ahora	Past Pasado
1.	Unexplained weight change gain loss Cambio de peso aumento perdida			8.	Trouble with eyes or vision Problemas con los ojos o la vista	
2.	Loss of height Perdida de estatura			9.	Trouble with nose or sinuses Problemas con la nariz o pasos sinusoidales	
3.	Fever Fiebre			10.	Nosebleeds Sangrados por la nariz	
4.	Fatigue Fatiga			11.	Mouth sores or sore throat Úlcera de la boca o dolor de garganta	
5.	Dizzy spells / fainting Mareos / desmayos			12.	Trouble with ears or hearing Problemas con las orejas o oído	
6.	Seizures Convulsiones			13.	Coughing spells / large amount mucus Mucha tós / tós con mucha flema	
7.	Numbness / trouble walking Adormecimiento / problemas con caminar			14.	Trouble breathing with exercise Problemas respirando con ejercicio	

Lillian DeCosimo, M.D.

About Care OB/GYN Associates, P.C.
 6134 Redwood Square Center
 Suite 101
 Centreville, VA 20121
 Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-8972

Patient Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Today's Date Fecha de hoy
------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Review of Systems (continued) Repasa de Sistemas (continuación)

		Now Ahora	Past Pasado			Now Ahora	Past Pasado
15.	Wheezing / shortness of breath Tener chillidos / falta de respiración			38.	Frequent bruising Le salen moretones frecuentemente		
16.	Spitting up blood Devolver sangre			39.	Cuts that do not stop bleeding Cuando se corta, tarda para parar de sangrar		
17.	Chest pain or pressure Dolor en el pecho / area del corazón			40.	Anxiety Ansiedad		
18.	Irregular and/or rapid heartbeat Latidos de corazón irregular o rapidos			41.	Depression / Frequent crying Depresion / Llorar frecuentemente		
19.	Breast pain Dolor en los senos o pechos			42.	Difficulty concentrating Dificultad concentrandose		
20.	Breast lumps Pelotas o endurecimientos del pechos/senos			43.	Memory problems Problemas con		
21.	Nipple discharge Flujo del pezón			44.	Abnormal thirst Mucho sed		
22.	Nausea and/or vomiting Nauseas y/o vómitos			45.	Trouble with balance Problemas con el balance		
23.	Heartburn or indigestion Acidez del estó			46.	Heat or cold intolerance Intolerancia al calor o frío		
24.	Constipation Estreñimiento			47.	Enlarged lymph nodes Glandulas engrandecidas		
25.	Diarrhea Diarrea			48.	Severe headaches / migraines Mucho dolor de cabeza / migrañas		
26.	Bloating and/or excess gas Sensación de hinchazón del abdomen o exceso de gas intestinal			49.	Hot flashes Calores repentino		
27.	Involuntary loss of gas or stools Se le escapan gases intestinales involuntarios			50.	Night sweats Sudores nocturnos		
28.	Feeling of incomplete emptying of stools after bowel movement Sensación incompleta de haber hecho todas sus necesidades / fecales			51.	Vaginal discharge Flujo vaginal		
29.	Blood in stools Sangre en las heces fecales			52.	Vaginal odor Mal olor vaginal		
30.	Muscle weakness Debilidad muscular			53.	Vaginal itching and/or irritation Iritacion o picazon en la vagina		
31.	Severe joint or muscle pain Mucho dolor en las coyunturas o en los músculos			54.	Vaginal dryness Resequedad vaginal		
32.	Swelling of legs Hinchon las piernas			55.	Pain with intercourse Dolor al tener relaciones sexuales		
33.	Skin rash Iritacion de la piel			56.	Bleeding with intercourse Sangrado al tener relaciones sexuales		
34.	Dry skin Resequedad de la piel			57.	Heavy periods Periodos abundantes/excesivo		
35.	Moles or skin growths Lunares o crecimientos de la piel			58.	Prolonged periods Periodo que le dura mas de una semana		
36.	Hair loss or thinning Perdida de cabello			59.	Irregular periods Periodos irregulares		
37.	Increased body and/or facial hair Aumento de crecimiento de vellos en el cuerpo o cara			60.	Bleeding in between periods Sangrado en tiempo no de menstruacion		

