Carlos Beharie, M.D., F.A.C.O.G.

Patient Medical History Form/ Historia Medica Del Paciente
(OB & SOFP)

Pt. Name/Nombre Del Paciente:____Date/Fecha:____________
Birth Date/Fecha de Nacimiento:________________Age/Edad:________Allergies/Allergias:____________________
Do you think you are pregnant/Piensa que esta Embarazada?: **Yes-Si/No**
Age of first menstrual period/Edad de primer menstruacion:____________
First day of last menstrual period/primer dia de ultima menstruacion:________How many days/cuantos dias:__________
Is period normal/Es normal?: **Yes-Si/No** Blood clots/Cuagulos de sangre?: **Yes-Si/No** Cramps/Colicos: **Yes-Si/No**
Is period regular/Es regular la menstruacion?: **Yes-Si/No** If no describe/Si no explique:___________________________
Is period/La mentruacion es: Light/leve Medium/Modera Heavy/Severa
Have you been pregnant before/Embarazada antes?: **Yes-Si/No** How many times/Cuantas veces:________________
How many/Cuantos?: Miscarriages/Abortos naturales:______ Abortions/Abortos_____ C-sections/Cesarias_______

Last Pap Smear date/Fecha de ultimo papanicolaou:_____________Normal: **Yes-Si/No**
If no, explain/Si no, explique____
Pain during intercourse/Relaciones dolorosas?: **Yes-Si/No**
Bleeding, spotting during intercourse/Sangra o mancha durante relaciones sexuales? **Yes-Si/No**
Every had any STD/Alguna vez a tenido una enfermedad transmitida sexualmente?: **Yes-Si/No**
If yes, explain/Si, explique:_______________________________Blood Tranfusion/Transfucion de Sangre?: **Yes-Si/No**

Do you smoke/Usted fuma?: **Yes-Si/No** How many daily/cuantos diarios?:_______________
Do you drink alcohol/Toma alcohol?: **Yes-Si/No** If yes, how often/Si, cuanto diarios?:_______________________
Do you take any medications?Toma algun medicamento?: **Yes-Si/No** If yes, explain/Explique____________________
Do you use drugs/Usa drogas?: **Yes-Si/No** If yes, explain/Explique:______________________________________

Past or Present History/Historia Mediaca Pasada o Presente

Diabetes: Yes-Si/No **Asthma/Asma:** Yes-Si/No	**Anemia:** Yes-Si/No **Stroke/Problema cardiaco:** Yes-Si/No
Lung Problem/Problema de pulmones: Yes-Si/No	**Headaches/Dolor de cabeza:** Yes-Si/No **Cancer:** Yes-Si/No
Stomache problem/Problema de estomago: Yes-Si/No	**Hepatitis:** Yes-Si/No **Pelvic Pain/Dolor Pelvic:** Yes-Si/No
Seizures/Ataques Epilepticos: Yes-Si/No	**Vaginal Problem/Problema Vaginal:** Yes-Si/No
High Blood Pressure/Alta Presion: Yes-Si/No	**Breast mass or discharge/Bolas o desecho del pecho:** Yes-Si/No
Bladder Infection/Infeccion de la vejiga: Yes-Si/No	**Kidney infection/Infeccion del Rinon:** Yes-Si/No
Blood Clots/Coagulos de sangre: Yes-Si/No	**Psyc. Depression/Problemas Psycologicos o deprecion:** Yes-Si/No
Visual Problems/Problemas Visuales: Yes-Si/No	**Twins/Jemelos:** Yes-Si/No **Thyroid/Tiroide:** Yes-Si/No
Genetic Problems/Desordenes Geneticos: Yes-Si/No	**Pelvic tumor/Tumor Pelvico:** Yes-Si/No
Sterilization/Ligacion de Tubos: Yes-Si/No	**Delivery Complications/Alumbramiento Complicado:** Yes-Si/No
Genital Infections/Infeccion Genitalia: Yes-Si/No	**Other problems/Otro problema:**

Any family medical history/Su familia tiene historia de problemos: **Yes-Si/No**
If yes, please explain/Si por favor explique:____

Are you affected by P.M.S./Le affectan problemas pre-menstruales? **Yes-Si/No**
If yes**(please circle all that apply)**/ Si**(Favor circule todo el que appliqué):** Tension/Tencion Irritability/Iratibilidad
Depression/Depresion Anxiety/Ansiedad Fatigue/Fatiga Headaches/Dolor de Cabeza Abdominal Cramps/Colicos
Weight Gain/Subida de Peso Breast Tenderness/Sencibilidad de Cenos Swelling/Inflamacion Bloating/Hinchazon

*******Patient Signature/Firma del Paciente:_____________________________________**Date/Fecha**_____

______________________________ ______________________________
Provider Name & Title Signature