

RAMCHANDRA AYYAGARI, M.D.

Obstetrics/Gynecology
 Subspecialty/Reproductive Endocrinology
 Outpatient Facility Located at Kern Medical Center
 (805) 323-3266

GYN QUESTIONNAIRE

PATIENT
 NAME _____

I: **CHIEF COMPLAINT:** Reason for this visit _____ How old are you? _____
 Razón por esta visita _____ Cuantos años tiene? _____

II: **PAST HISTORY:**A: **OB HISTORY:**

Total number of pregnancies _____	Numero de embarazos total _____
Full term babies _____	Cuantos bebés nacieron a los nueve meses _____
Preterm babies (before 37 weeks) _____	Nacimientos prematuros (antes de 37 semanas) _____
Abortions _____	Abortos provocados _____
Living Children _____	Niños Vivos _____

B: **GYNECOLOGICAL AND MENSTRUAL HISTORY - HISTORIA GYNECOLOGIA Y MENSTRUAL**

Do you still have periods? Yes _____ No _____ Todavía le baja su regla? Si _____ No _____

When was your last period _____ Cuando fue su última regla? _____

At what age did you begin having periods _____ A que edad le empezó su regla? _____

How many days from the beginning of one period to the beginning of your next period _____ days.
 Cuantos días pasan entre reglas? _____

How many days do you bleed when you have your period? _____
 Cuantos días dura su regla? _____

Are your periods: LIGHT MODERATE HEAVY
 Sus reglas son: LEVIANAS MODERADAS O PESADAS

Do you bleed between periods Yes No
 Sangra Entre sus reglas: Si No

What methods of contraception have you used? _____
 Que clase de métodos de anticonceptivos ha usado? _____

Have you ever had any trouble with any method of birth control? _____
 What? _____

Ha tenido algún problema con un método anticonceptivo? _____
 Que? _____

What is your present method? _____
 Que usa ud como contraceptivo? _____

C: **SEXUAL HISTORY**

Are you sexually active? Yes _____ No _____
 Es Presentemente su vida activa sexualmente? Si _____ No _____

How long have you been with your present sexual partner? _____
 Cuanto tiempo ha estado con su pareja del presente? _____

How many sexual partners do you have at this time? _____
 Cuantas parejas sexual tiene en este tiempo? _____

Does your partner have other partners? Yes _____ No _____
 Su pareja tiene otras parejas sexuales? Si _____ No _____

		Yes/Si	No
Chlamydia	Chlamydia	_____	_____
Gonorrhea	Gonorrhea	_____	_____
Syphilis	Sifilis	_____	_____
Herpes	herpes	_____	_____
Warts	Verrugas	_____	_____

	Yes/SI	No
Do you leak urine when you cough, sneeze or walk? Se le sale orina cuando tose, destomuda o camina?	_____	_____
Does it hurt or burn when you urinate? Le duele o arde cuando orina?	_____	_____
When was your last pap smear? _____ Was it normal? _____ Cuando fue su ultima prueba de cancer? _____ Era normal _____		
Have you ever had an abnormal pap smear? _____ When? _____ Ha tenido una prueba de cancer anormal? _____ Cuando? _____		
Do you have bleeding or pain with intercourse? Le baja sangre cuando tiene relaciones sexuales o dolor?	Yes/SI	No
	Yes/SI	No
Do you currently have an unusual vaginal discharge? Presentemente tiene un desecho vaginal anormal?	Yes/SI	No
	Yes/SI	No
When your mother was pregnant with you, did she take hormones (DES) to prevent miscarriage? Yes No Cuando su madre estaba embarazada con ud, tomo ella alguna medicina para evitar un aborto? SI No		

D: MEDICAL HISTORY:

Yes/SI	No		
_____	_____	High blood pressure	Alta presion
_____	_____	Diabetes	Diabetes
_____	_____	Liver disease	Enfermedad del higado
_____	_____	Heart disease	Problema del corazon
_____	_____	Kidney problems	Problemas con los rinones
_____	_____	Blood transfusion	Transfusiones de sangre

E. SURGICAL HISTORY:

Yes/SI	No	Have you ever been hospitalized for illness or surgery?	Ha estado en el hospital por enfermedad?
		Name of hospital	Reason
		Nombre del Hospital	Causa de enfermedad

III: PERSONAL HISTORY:

Yes/SI	No		
_____	_____	Do you smoke? How much a day? _____	Fuma ud? Cuantos al dia? _____
_____	_____	Do you drink alcohol? How much a day? _____	Bebe alcohol? En que frecuencia al dia _____
_____	_____	Do you use drugs now or have you in the past? What? _____	Usa o ha usado drogas cuales? _____
_____	_____	HIV/AIDS?	Nombre de medicinas _____
_____	_____	Have you ever had a reaction to medications such as penicillin, sulfa, etc.? If yes, please list and describe.	El virus que causa sida o sida? Ha tenido alguna reaccion a una medicina como penicilina, sulfa, o otras? Si contesta que medicina y el tipo de reaccion.

IV: FAMILY HISTORY — HISTORIA MEDICA FAMILIA:

CIRCLE ONE: MARRIED DIVORCED WIDOWED SINGLE
MARQUE UNO: CASADA DIVORCIADA VUIDA SOLTERA

Has anyone in your family, including parents, sisters or brothers, grandparents, aunts and uncles, ever had any of the following?

Alguien en su familia ha tenido lo siguiente? Incluyendo padres, hermanos, abuelos, tios:

Yes/SI	No		
_____	_____	High blood pressure	Alta presion de sangre
_____	_____	Heart disease	Problemas del corazon
_____	_____	Stroke	Derrame cerebral
_____	_____	Diabetes	Diabetes
_____	_____	Cancer	Cancer