



## GYN Exam

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Weight/Peso: \_\_\_\_\_ Height/Estatura: \_\_\_\_\_

First day of your last menstrual period: \_\_\_\_\_

Primer dia de su ultima menstruacion: \_\_\_\_\_

Number of pregnancies: \_\_\_\_\_

Number of deliveries: \_\_\_\_\_

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_

Numero de partos: \_\_\_\_\_

Number of miscarriages: \_\_\_\_\_

Number of abortions: \_\_\_\_\_

Numero de perdidas: \_\_\_\_\_

Numero de abortos: \_\_\_\_\_

Current hormone replacement therapy: Yes \_\_\_ No \_\_\_

Presentemente recibiendo tratamiento de hormonas: Si \_\_\_ No \_\_\_

Previous pelvic surgery/Cirujia en el pelvis anteriormente:

- Hysterectomy (removal of uterus) Yes \_\_\_ No \_\_\_  
(utero removido) Si \_\_\_ No \_\_\_

- Salpingectomy (removal of fallopian tubes) Yes \_\_\_ No \_\_\_  
(tubos de fallopian removido) Si \_\_\_ No \_\_\_

Left/Izquierdo: Partial/Parcial \_\_\_ Total \_\_\_ Ligated/Ligado \_\_\_

Right/Derecho: Partial/Parcial \_\_\_ Total \_\_\_ Ligated/Ligado \_\_\_

- Oophorectomy (removal of ovaries) Yes \_\_\_ No \_\_\_  
(ovaries removido) Si \_\_\_ No \_\_\_

Left/Izquierdo: Partial/Parcial \_\_\_ Total \_\_\_

Right/Derecho: Partial/Parcial \_\_\_ Total \_\_\_

Thank you / Muchas Gracias



ColumbiaDoctors

The Physicians and Surgeons  
of Columbia University

## OB Exam

Please fill out this form:

Por favor de llenar este formulario:

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

.....

First day of your last menstrual period: \_\_\_\_\_

Primer día de su última menstruación: \_\_\_\_\_

Is this a Twin or Triplet pregnancy? \_\_\_\_\_

Es su embarazo de mellizos o trillizos? \_\_\_\_\_

Total number of pregnancies including this one: \_\_\_\_\_

Numero total de embarazos incluyendo el presente: \_\_\_\_\_

Number of full term deliveries (after 9 months): \_\_\_\_\_

Numero de partos (después de los 9 meses): \_\_\_\_\_

Number of premature deliveries (before 9 months): \_\_\_\_\_

Numero de partos prematuros (antes de los 9 meses): \_\_\_\_\_

Number of miscarriages: \_\_\_\_\_

Numero de pérdidas: \_\_\_\_\_

Number of abortions: \_\_\_\_\_

Numero de abortos: \_\_\_\_\_

Number of living children: \_\_\_\_\_

Cuantos niños sobre vivientes: \_\_\_\_\_

Have you had any stillbirths? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted un bebé que nació muerto? \_\_\_\_\_

Thank you / Muchas Gracias