

Médico: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

CUESTIONARIO DE EMBARAZO

Edad	Raza	Idioma Primario				
Número de Contacto	¿Períodos Irregulares? ☐ Sí ☐ No	Fecha del Último Período	Fecha del Último PAP			
POR FAVOR RESPONDA O MARQUE LA CASILLA "NINGUNO"						
* Alergias a Medicamentos ☐ Ninguna						
* Medicamentos Actuales ☐ Ninguno						
* Cirugías Previas ☐ Ninguna						
* Problemas Médicos ☐ Ninguno						
Historial Familiar ¿Quién en su familia (vivo o fallecido) tiene/ha tenido las siguientes enfermedades o condiciones médicas?						
	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno
Cáncer de Mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Ovario	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro Cáncer Femenino	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Colon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Defectos de Nacimiento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anemia de Células Falciformes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Discapacidad Intelectual	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno
Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epilepsia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad del Corazón	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Presión Alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TB (Tuberculosis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Listar Otros:						

MARQUE UNO
S=Sí N=No

Preguntas de Detección

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| ☐ S | ☐ N | 1. ¿Fuma o vive con alguien que fuma? |
| ☐ S | ☐ N | 2. ¿Hay gatos en el hogar? |
| ☐ S | ☐ N | 3. ¿Trabaja en contacto cercano con niños? |
| ☐ S | ☐ N | 4. ¿Es usted o el padre de ascendencia judía? |
| ☐ S | ☐ N | 5. ¿Tiene alguna preocupación por exposición laboral/ambiental? |
| ☐ S | ☐ N | 6. ¿Tiene alguna preocupación de violencia doméstica? |
| ☐ S | ☐ N | 7. ¿Ha tomado algún medicamento que no sean vitaminas prenatales desde su último período menstrual? |

OVER

Historial Médico

- ☐ ☐ 1. ¿Tiene un trastorno convulsivo?
- ☐ ☐ 2. ¿Tiene historial de trastornos metabólicos? (por ejemplo, diabetes, resistencia a la insulina, o problemas de tiroides)
- ☐ ☐ 3. ¿Ha tenido coágulos de sangre en las piernas o en el pecho?
- ☐ ☐ 4. ¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental?
- ☐ ☐ 5. ¿Tiene historial de abuso de drogas o alcohol?
- ☐ ☐ 6. Tiene algún problema médico crónico (por ejemplo, presión alta, asma, hepatitis o enfermedad del corazón)?
- ☐ ☐ Otro: _____

Detección de Infecciones

- ☐ ☐ 1. ¿Ha tenido varicela o la vacuna contra varicela?
- ☐ ☐ 2. ¿Alguna exposición a tuberculosis (TB)?
- ☐ ☐ 3. ¿Tiene historial de exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS)?
- ☐ ☐ 4. ¿Usted o su pareja tienen historial de herpes genital?

Detección Genética (Incluye paciente, padre del bebé y cualquier miembro de ambas familias)

- | | |
|--|--|
| ☐ ☐ 1. Talasemia | ☐ ☐ 8. Hemofilia o Trastorno de Sangre |
| ☐ ☐ 2. Defecto del Tubo Neural | ☐ ☐ 9. Distrofia Muscular |
| ☐ ☐ 3. Defecto Cardíaco Congénito | ☐ ☐ 10. Fibrosis Quística |
| ☐ ☐ 4. Síndrome de Down | ☐ ☐ 11. Corea de Huntington |
| ☐ ☐ 5. Tay-Sachs | ☐ ☐ 12. Retraso Mental |
| ☐ ☐ 6. Enfermedad de Canavan | ☐ ☐ 13. Otro Trastorno Cromosómico |
| ☐ ☐ 7. Enfermedad o Rasgo de Células Falciformes | ☐ ☐ 14. Otro Defecto de Nacimiento |

Resumen de Embarazos

_____ # de Embarazos _____ # de Prematuros _____ # de Abortos _____ # de Gemelos/Múltiples

_____ # a Término _____ # de Abortos _____ # de Embarazos _____ # de Hijos Vivos

Completo Espontáneos Ectópicos/Tubáricos

Fecha de Parto	Semanas al Momento del Parto	Horas de Trabajo de Parto	Peso al Nacer	Sexo del Bebé	Tipo de Parto	Epidural/ Anestesia	Nombre del Doctor

S=Sí N=No

SÍ NO History of Pregnancy Complications

- ☐ ☐ 1. ¿Historial de abortos recurrentes, muerte fetal, o desprendimiento de placenta?
- ☐ ☐ 2. ¿Historial de parto o contracciones prematuras?
- ☐ ☐ 3. ¿Historial de parto prematuro <37 semanas o ruptura de fuente?
- ☐ ☐ 4. ¿Historial de bebé que pesó menos de 5 ½ libras?
- ☐ ☐ 5. ¿Historial de gemelos, trillizos o cuatrillizos?
- ☐ ☐ 6. ¿Historial de presión alta durante el embarazo?
- ☐ ☐ 7. ¿Historial de diabetes durante el embarazo?
- ☐ ☐ 8. ¿Historial de embarazo ectópico/tubárico?