

Médico: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

CUESTIONARIO DE EMBARAZO

[illegible]

MARQUE UNO
S=SÍ N=NO

Preguntas de Detección

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 1. ¿Fuma o vive con alguien que fuma? |
| ☐ | ☐ | 2. ¿Hay gatos en el hogar? |
| ☐ | ☐ | 3. ¿Trabaja en contacto cercano con niños? |
| ☐ | ☐ | 4. ¿Es usted o el padre de ascendencia judía? |
| ☐ | ☐ | 5. ¿Tiene alguna preocupación por exposición laboral/ambiental? |
| ☐ | ☐ | 6. ¿Tiene alguna preocupación de violencia doméstica? |
| ☐ | ☐ | 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?



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y compartir su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

TUS DERECHOS:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que cree que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su cuidado.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su asegurador de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos solicitó). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia imprimida de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le daremos una copia imprimida de inmediato.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el Oficial de Privacidad de LWH al 225-201-2000.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES:

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica.
- Compartir información en una situación de ayuda por desastre. Incluya su información en el directorio de un hospital.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- El mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES:

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- **Tratarle:** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. *Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*
- **Dirige nuestra organización:** Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*
- **Factura por tus servicios:** Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

- **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública**
 - Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como: Prevenir enfermedades / Ayudar a retirar productos del mercado / Informar reacciones adversas a medicamentos / Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica y prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- **Hacer una investigación**
 - Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
- **Consentir con ley**
 - Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- **Responda a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**
 - Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.
- **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**
 - Podemos compartir información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona muere.
- **Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación de trabajadores
 - Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de aplicación de la ley
 - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO:

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.