

Cuestionario acerca de su Embarazo
Por favor conteste todas las preguntas y si no le aplican a usted,
por favor escriba "0" o "N/A" o "no tengo"



Fecha de hoy: Mes _____ Día _____ Año _____

Primer Nombre (FIRST NAME) _____ Segundo Nombre (SECOND NAME) _____

Primer Apellido (LAST NAME) _____ Segundo Apellido (SECOND LAST NAME) _____

Fecha de Nacimiento(DOB) Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____ Numero de Seguro Social (#SS) _____

Dirección **COMPLETA** _____

¿Allí recibe su correo? Sí _____ No, lo recibo en _____

Raza (marque todas las que le apliquen) Hispana _____ Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ India _____ Otra _____

¿Cuál es su primer idioma? _____ ¿Cuánto mide? _____ ¿Cuánto pesaba antes de quedar embarazada? _____

¿Cuál fue el **PRIMER** día de su último periodo menstrual? mes _____ día _____ año _____ ¿Está segura de esa fecha? Sí _____ No _____

Es: Soltera o viviendo con su compañero sin casarse _____ Casada _____ Viuda _____ Separada _____ Divorciada _____

¿Trabaja fuera del hogar? _____ ¿Dónde y que hace? _____

Sus números de teléfono: Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

Trabajo (_____) _____ Otro: (_____) _____

¿Tiene usted seguro de salud? No _____ Si _____ Privado _____ En su trabajo _____ Obamacare/Marketplace _____ ¿Ya aplicó por Medicaid? Sí _____ Si ya lo tiene, ¿cuál es el número de seguro? _____ No tengo

seguro de salud todavía _____ ¿por qué? _____

¿Es usted ciudadana de los EE.UU.? Sí _____ No _____ ¿cuál es su estado migratorio? Elija una de las opciones que siguen:

_____ Inmigrante **legal residente permanente** que vive **legalmente** en EE.UU. por **menos de 5 años**

_____ Inmigrante **legal residente permanente** que vive **legalmente** en EE.UU. por **más de 5 años**

_____ Refugiada _____ Asilada _____ Veterana de las fuerzas armadas de los Estados Unidos

_____ En espera de deportación _____ Visitante / estudiante con visa _____ No tiene documentos de inmigración

Nombre de su esposo o pareja actual: _____ Edad: _____

Nombre del padre del bebé por nacer (si es diferente al esposo o pareja actual) _____ Edad: _____

En caso de una emergencia, ¿con quién podemos ponernos en contacto? Nombre _____
parentesco _____ número de teléfono (_____) _____

¿Es usted alérgica al látex? Sí _____ No _____ ¿Es usted alérgica a alguna medicina o algún alimento o a plantas, flores o a cosas? No _____ Sí _____ Por favor, escriba a cuales: _____

Si ha tenido usted alguna reacción alérgica, ¿a qué fue y cómo fue? _____

¿Está tomando alguna medicina recetada o que compró en la farmacia? No _____ Sí _____ ¿Qué es y en qué cantidad? _____

¿Fuma? No _____ Si _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Bebe alcohol? No _____ Si _____ ¿cuánto? _____

¿Usa drogas ilegales? No _____ Si _____ ¿Qué usa y con qué frecuencia? _____

Si sabe que tiene más de 14 semanas de embarazo y no ha recibido ningún tipo de atención prenatal antes de ahora, por favor diga por qué o si ya la vio un doctor, diga quien: _____

¿Tuvo que ir al hospital de emergencia? No _____ Si _____ ¿Cuándo Mes _____ Día _____ Año _____ Hospital _____

¿Ya sabe quién va a ser el pediatra de su bebé? No _____ Si _____ ¿Quién? _____ ¿Fue planeado este

embarazo? No _____ Si _____ ¿Va a amamantar a su bebé? No _____ Si _____ ¿Está tomando vitaminas prenatales? No _____ Si _____

¿Es este su primer embarazo? Sí _____ No _____ ¿Cuántas veces ha estado embarazada, **incluyendo** éste embarazo? _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ ¿Cuántos abortos provocados ha tenido? _____ ¿Cuántos abortos involuntarios? _____

Primer nombre y primer apellido del paciente _____ Fecha de Nacimiento: mes ____ día ____ año ____

¿En qué fecha tuvo su primera prueba de embarazo positiva? mes ____ día ____ año ____

Escriba todos sus embarazos en orden, comenzando con su primer embarazo hasta el más reciente; **por favor incluya todos los abortos involuntarios y abortos provocados:**

Niño	¿Cuándo nació? Mes/Año	Sexo	Primer Nombre	¿Cuánto peso al nacer?	¿Cuántas horas estuvo en labor de parto?	¿De cuántas semanas nació?	Fue parto ¿vaginal o cesárea o inducción?	¿Le pusieron anestesia?	¿Tuvieron algún problema usted o el bebé?	¿Quién fue su doctor, o en qué hospital o en cual estado se alivió?
1	/									
2	/									
3	/									
4	/									
5	/									

¿Alguien en su familia tuvo o tiene estas enfermedades o trastornos? Si alguien las ha padecido o las padece actualmente, por favor escriba quien; por ejemplo: su madre, su abuelo materno, tía paterna, su hermana, etc. Pero también inclúyase USTED misma, a sus otros hijos si es que los tiene y al padre del bebé con las letras FOB (Father of Baby en inglés).

Problema de Salud	Várices	Gemelos	Presión alta	Diabetes	Cáncer	Migrañas	Embolias	Problemas mentales	Ulceras/problemas gastrointestinales	
¿Quién lo tiene o lo ha tenido?										
Problema de Salud	Problemas del corazón	Problemas de riñones	Transfusiones de sangre	Hepatitis	Problemas de los pulmones	Disfunción tiroidea	Artritis	Anemia	Diabetes del embarazo	
¿Quién lo tiene o lo ha tenido?										
Problema de Salud	Obesidad	Abuso de drogas	Problemas en senos	Asma	Tosferina	Tuberculosis	Epilepsia	Hemorragias	Abortos involuntarios	
¿Quién lo tiene o lo ha tenido?										

¿Ha sido víctima de violencia doméstica? No ____ Si ____ por favor explique: _____

Si sabe cuál es su tipo de sangre, por favor escríbalo: Tipo _____ Rh _____ ¿Tiene gatos en casa? Sí ____ No ____

¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizada? No ____ Si ____ ¿qué cirugía tuvo o por qué razón la hospitalizaron y en qué fecha?: _____

¿Ha tenido alguno de estos síntomas desde su última menstruación? Márquelos con una X dentro de los espacios

Dolor de cabeza ____	Fiebre ____	Dolor abdominal ____	Flujo vaginal ____	Inflamación de piernas, pies o brazos o manos ____	Si se expuso a alguien enfermo ____ ¿De qué enfermedad? _____	Si se expuso a rayos X ____
Náusea ____	Vómito ____	Problemas al Orinar ____	Sangrado vaginal ____	Dolor en los pechos ____	Si se expuso a alguien que abusa de las drogas ____ ¿Quién? _____	Otro síntoma ____

¿Cuándo fue su último Papanicolaou (si se ha hecho alguno)? mes ____ día ____ año ____ resultado: normal _____
anormal _____ por favor explique: _____

Primer nombre y primer apellido del paciente _____ Fecha de Nacimiento: mes ____ día ____ año _____

¿Le ha dicho su doctor que su útero está inclinado o con una forma diferente? En caso afirmativo, explique:

Su historia genética implica a su familia, así como a la familia de su esposo o del padre de su bebé (FOB) Si acaso le aplica, por favor indique quien en ambas familias tiene estos trastornos y/o defectos de nacimiento.

Problema de Salud	Defectos del tubo neural: meningocele, espina bifida, o anencefalia.	Síndrome de Down	Rasgos de células falciformes (Sickle cell o trait)	Hemofilia u otros trastornos de la sangre	Distrofia muscular	Fibrosis quística	Autismo	Trastornos genéticos o cromosómicos
¿Quién lo tiene o lo ha tenido?								

¿Tiene usted antecedentes de alguna una enfermedad de transmisión sexual (STD)? Por favor, marque con una X dentro de los espacios correspondientes.

VIH_____	Clamidia_____	VPH_____
Sífilis_____	Hepatitis Tipo B_____	Hepatitis Tipo C_____
Gonorrea_____	¿Otro problema? Por favor explique:	

¿Alguna vez ha sido usted diagnosticada con herpes? Sí___ No___ En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Su pareja sexual actual o esposo tiene antecedentes de tener herpes genital? Sí_____ No_____

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted? _____

Esta sección es para uso de oficina solamente. Gracias!

Clark

Floyd

3

9

LMP:

EDD:

32 weeks:

Appt. date:

Weeks:

Continuing of care?

YES

NO

Records requested?

YES

NO