

Historial Médico Obstétrico

Nombre de la Paciente: _____ Fecha de Naci.: _____ Fecha: _____

Si se siente incómodo contestando alguna de las preguntas, déjela en blanco; cualquier inquietud la puede discutir con su doctor o enfermera.

Información Personal De Salud

¿Es alérgica/o a algún medicamento? No Sí

Si la respuesta es sí, por favor mencionarlos: _____

Por favor marcar cualquier condición médica actual o que tuvo en el pasado:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Disfunción de Tiroides | <input type="checkbox"/> Desordenes de Alimentación |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problema de los Riñones | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de los Intestinos | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Problemas con coágulos de sangre (Flebitis) | | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias Recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente | | |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Sanguíneos (Frecuente sangrado nasal, o de encías por enfermedad llamada Von Willebran) | | |

Describir si es necesario: _____

Por favor indique alguna cirugía u hospitalización que tuvo: _____

Por favor describa cualquier problema médico o síntoma que presente en este momento: _____

¿Ha tenido usted o alguien de su familia problemas con anestesia? No Sí

Si la respuesta es sí, por favor describir: _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021

¿Tiene algún inconveniente a tratamientos medico por razones religiosas (como rehusar transfusiones de sangre)? No Sí
Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

Exposiciones Afectando Su Salud

¿Fuma? Nunca Sí Ex Fumador Si deajo de fumar, ¿Hace cuánto lo hizo? _____
Si la respuesta es sí, ¿Cuántas cajetillas al día? _____

Toma bebidas alcohólicas o tomaba antes de quedar embarazada (1.5 onzas de spitits = 12 onzas de cerveza). No Sí
Si la repuesta es si, ¿Que tan seguido? _____
¿Qué tipo de bebidas alcohólicas? _____

Por favor indicar cualquier medicamento que haya tomado desde su último periodo, incluyendo medicina recetada, sin receta, vitaminas, otros suplementos, medicinas naturales: _____

Por favor anotar droga ilícita o recreativa usada desde su último periodo (como cocaína, marihuana): _____

¿Tiene alguna razón para creer que estuvo expuesta as SIDA? (Ej.: transfusiones de sangre, uso de drogas, múltiples parejas sexuales, contactó con un hombre homosexual o bisexual, o contacto con alguna persona que utilice drogas intravenosas). Sí No

¿Ha estado expuesta a químicos o radiación? (Radiografías) No Sí Si la respuesta es sí, por favor describir: _____

¿Se encuentra en alguna dieta restringida? No Sí Si la respuesta es sí, por favor describir: _____

Historial De Salud Ginecológico

¿Cuándo fue su ultimo Papanicolaou? _____ Alguno de sus papanicolaus ha sido anormal? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿Cuándo y que tipo de tratamiento le dieron? _____
¿Cuál fue el diagnostico? _____

¿La han diagnosticado con?: (marque todo lo que corresponda) Si la respuesta es sí, ¿Cómo, cuándo y dónde recibió tratamiento?:

- Gonorrea _____
- Clamidia _____
- Enfermedad Pélvico Inflamatoria _____
- Herpes _____ ¿Que tan seguido tiene erupciones? _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____
Rev. 5/2021

Sífilis _____

¿Ha usado un dispositivo intrauterino como anticonceptivo (la T)? No Sí, nombre _____ Cuando? _____

¿Tuvo algún problema con el dispositivo? _____

¿Ha recibido tratamiento para infertilidad? No Sí Si la respuesta es sí, por favor indicar cuando y que tratamiento recibido: _____

¿Hay algo que le preocupe acerca de su historial médico? No Sí
Si la respuesta es sí, por favor mencionarlo: _____

Historial Médico Familiar & Proyección Genética

¿Origen Étnico? _____ Origen Étnico del padre del bebe? _____

¿Usted o el papá de su bebe tiene un hijo(a) que tiene defectos de nacimiento? No Sí
Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

¿Usted o el papa de su bebe tiene defectos de nacimiento? No Sí Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

Por favor describa cualquier anomalía que haya ocurrido en niños(as) de su familia o en la familia del papa de bebe (retraso mental, defectos de nacimiento, muerte temprana de bebe, deformidades hereditarias como Hemofilia, Distrofia Muscular, o Fibrosis Cística):

¿Relación de niño(a) o persona con usted? _____

¿Usted o el papa de su bebe tiene in historial de pérdidas de embarazos (como abortos espontáneos o muerte de bebe en el parto)? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿Alguno de ustedes ha recibido tratamiento genético? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿Alguno de ustedes ha tenido exámenes de cromosomas? No Sí

¿Cuándo y cuáles fueron los resultados? _____

Algunos problemas genéticos ocurren más en parejas de cierta raza o historial médico ancestral. Por favor marque si usted o el papá de su bebe es de alguno de estos historiales médicos:

Descendencia de europeos judíos del este (Ashkenazi)

¿Le han hecho exámenes para chequear Tay-Sachs? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

¿Le han hecho exámenes de Canavan? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

¿Le han hecho exámenes de Fibrosis Cística? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

¿Le han hecho un chequeo de Dysautonomia familiar? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021



Care to live greater.

Descendencia afroamericana

¿Le han hecho una proyección de Anemia Depranocítica (Sickle Cell)? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

Descendencia europea y judío europea del este (Ashkenazi)

¿Le han hecho una proyección de Fibrosis Cística? No Sí Fecha: _____ Resultados: _____

Descendencia del mediterráneo o sureste de Asia

¿Le han hecho alguna proyección para detectar ciertas formas de anemia hereditaria como Talasemia? No Sí

Si tiene alguna otra preocupación relacionada con defectos de nacimiento o hereditarios por favor menciónelas:

¿Le gustaría recibir una evaluación de riesgos de Síndrome de Down? No Sí

¿El papa del bebe, es mayor de 50 años? No Sí

Proyección Psicosocial

¿Tiene algún problema de (trabajo, transporte, etc.) que impida que puede mantener sus citas médicas? No Sí

¿Se siente insegura donde vive? No Sí

¿Está expuesta al humo de segunda mano? No Sí

¿En los pasados dos meses ha usado drogas o alcohol (incluyendo cerveza, vino, o bebidas mixtas)? No Sí

¿En el pasado año ha sido amenazada, golpeada, bofetada, o pateada por alguien conocido? No Sí

¿Alguien la ha forzado a realizar algún acto sexual con el cual usted no estaba de acuerdo? No Sí

En una escala de 1-5, ¿Cómo marcaría usted su nivel de stress actual? Bajo 1 2 3 4 5 Alto

¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? _____

Firma de la Paciente: _____

(por favor imprimir)

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021