

HISTORIA PRENATAL DE LA SALUD

Por favor, sea lo más completo posible con sus respuestas. Si no se siente cómodo respondiendo a alguna pregunta, déjela en blanco y hable con su proveedor o enfermera sobre ellas en persona. ¡Esperamos cuidar de usted!

Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

LMP (Primer día de la última regla): _____ ¿Estaba planeado este embarazo? Sí No

Father of Pregnancy

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación _____ ¿Involucrado en el embarazo? Sí No

ALERGIAS a alimentos/medicamentos y reacción?

Alergia	Reacción

MEDICAMENTOS

Farmacia preferida: _____

Indique cualquier medicamento o suplemento (no es necesario que complete si trajo una lista o los frascos de su medicamento)

Medicamento/suplemento	Dosis	La última vez que fue tomada

Patient Label

ZMC025 ZMC025

ANTECEDENTES MÉDICOS

Do you currently or have you had any of the following? (*Marque las casillas que correspondan*)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia con embarazo anterior |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nacimiento pretérmino anterior |
| <input type="checkbox"/> Dis Trastorno de coagulación / sangrado | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Infección recurrente del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1, Tipo 2, gestacional) | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / depresión | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital (o su pareja) | <input type="checkbox"/> Depresión posparto | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Estreptococo del Grupo B en un embarazo anterior | <input type="checkbox"/> Positivo PPD/Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Dis Trastorno tiroideo |
| <input type="checkbox"/> Problemas GYN (<i>Por favor especifica</i>) _____ | | |

Algún otro problema médico o problemas emocionales/psiquiátricos? _____

ANTECEDENTES CIRUGÍAS Por favor, enumere todas las cirugías que ha tenido y las **fechas** (si es que puede):

(Ejemplos: cesárea, LEEP, conización, D y C, criocirugía, cualquier cirugía ginecológica o pélvica)

CIRUGÍA	FECHA(S)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS *Nunca he estado embarazada antes*

¿Has tenido problemas para quedar embarazada? No Sí _____

Por favor, enumere las fechas aproximadas a continuación:

Abortos espontáneos _____ D&C? No Sí Abortos inducidos _____ Ectópicos _____

	Fecha de nacimiento	Peso del bebé	Sexo	Semanas	Entrega (vaginal, con vacío, fórceps, cesárea)	Complicaciones (presión arterial alta, diabetes, preeclampsia, previa, abrupción, etc.)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

ANTECEDENTES SOCIALES Y HÁBITOS

Uso de sustancias

¿Fuma actualmente? Nunca Sí Dejó, Año: _____ Sin humo Pasivo (humo de segunda mano)

Si es que sí, ¿paquete(s) de día? _____ ¿Años que fumó? _____

¿Consume alcohol? No Sí Si es que sí, cuantos tragos/copas a la semana _____

¿Ahora o alguna vez ha usado alguna droga? No Sí Si es que sí, frecuencia _____

¿Qué tipo? (*marijuana, methamphetamine, heroine, etc.*) _____ Fecha que la(s) dejó: _____

Dieta & Ejercicio

¿Toma refresco? No Sí, cantidad al día: _____

¿Porciones de frutas y verduras por día? _____ ¿Que tan seguido come comida de la calle? _____

¿Hace ejercicio? Nunca Ocasional 2-3x/semana 3-4x/semana cada día

¿Tipo? _____

¿Bebes cafeína? No Sí En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día? _____

Empleo/Educación

Ocupación: _____ ¿Horas de semana? _____

Educación: (*marque el nivel más alto que terminó*)

Primaria/Secundaria Preparatoria/GED Instituto Técnico Universidad Estudios de Postgrado

Homelife y seguridad

¿Quién vive en su hogar? _____

¿Cuál es su situación de vida? _____

¿Eres capaz de cubrir las necesidades básicas: alimentos, ropa, servicios públicos? No Sí Explique: _____

¿Tienes transporte? No Sí Explique: _____

Armas de fuego en el hogar? No Sí Detectores de humo en el hogar? No Sí

Animales en el hogar? No Sí Uso del cinturón de seguridad regularmente? No Sí

Por favor enumera los tipos de animales: _____

EVALUACIÓN DE SALUD / INFECCIÓN

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

¿Antecedentes de Papanicolaou anormal? No Sí, Resultado? _____

¿Tratamiento para Papanicolaou anormal? No Sí Si es que sí, ¿cual(es)? _____

¿Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual o infección ginecológicas? (*chlamydia, gonorrhea, herpes, etc.*) No Sí

Si es que sí, ¿cual(es)?: _____

¿Ha tenido varicela o la vacuna contra la varicela? No Sí Si es que sí, ¿cual(es): _____

¿Tiene tatuajes usted? No Sí

¿Usted (o el padre del bebé han estado encarcelados (estado en la cárcel / prisión)? No Sí

¿Estás recibiendo cuidado dental regularmente? No Sí Fecha del último examen dental y proveedor _____

¿Aceptaría una transfusión de sangre si fuera necesario? No Sí

Estado animico

Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado el poco interés o placer en hacer las cosas? No Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado sentirse deprimido o deprimido? No Sí

HISTORIA GENETICA / FAMILIA / REPRODUCTIVA

Su origen étnico: _____

Padre del embarazo Origen étnico: _____

Usted, el padre del embarazo, cualquier niño anterior o cualquier persona en cualquiera de sus familias tiene cualquiera de los siguientes: (En caso afirmativo, díganos quién está al lado de la casilla marcada Sí)

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| ¿Enfermedad de células falciformes? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Trastorno convulsivo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Talasemia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Trastorno óseo o esquelético? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Enfermedad de Tay-Sachs? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Neurofibromatosis? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Síndrome de Down? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Enfermedad pliquística renal o otra enfermedad renal? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Fibrosis quística? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Defecto cardíaco (a nacer)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Enfermedad de Huntington? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Labio leporino/paladar hendido? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Distrofia muscular? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Fenilcetonuria (PKU)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Trastorno hemorrágico? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Sordera? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Definite or probable ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Ceguera? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

¿Defecto del tubo neural? (Meningomyelocele, Espina bífida, Anencephaly) No Sí

¿Retraso mental/Autism? No Sí

Indique la causa, si se sabe: _____

¿Trastorno genético, anomalía cromosómica, o trastorno hereditario que no se haya mencionado anteriormente? No Sí

Describalo, por favor _____

¿Defecto congénito que no se haya mencionado anteriormente? No Sí

Describalo, por favor _____

¿Grave problema médico que le provoque preocupación? No Sí

Describalo, por favor _____

HISTORIA FAMILIAR (Madre de la familia del bebé solamente)

¿Hay alguna condición que se ejecute en su familia? (Por ejemplo: diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca, trastornos de la coagulación, etc.) Si es así, enumere la condición y quién está afectado: _____

HISTORIA REPRODUCTIVA

¿Ha tenido usted o el padre del bebé un niño que se murió poco después de nacido o durante el primer año? No Sí

¿Usted o el padre del bebé tuvieron pérdida recurrente del embarazo (≥ 2) o muerte fetal? No Sí

¿Es este embarazo el resultado de la reproducción asistida (IUI, FIV, ICSI, DGP, donante)? No Sí

¿Algo más de lo que le gustaría hablar hoy?