



SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.

Maternal-Fetal Medicine

1798 N. Garey Ave.
Pomona CA 91767

Telephone: (909) 865-9705
Fax: (909) 622-5309

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Fecha _____ Teléfono de la Casa (____) _____ Celular (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ Séguro Social _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____
 Dirección _____ E-mail _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad
 Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años
 Empleador o Escuela del Paciente _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador o Escuela _____ Teléfono del Empleador o Escuela (____) _____
 ¿Quién lo refirió a nosotros? _____
 En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____
 Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Séguro Social _____
 Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (____) _____
 Compañía de Seguros _____
 Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____
 Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No
 Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____
 Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador (____) _____
 Compañía de Seguros _____ Séguro Social _____
 Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____
 Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente a _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MED. GRP. los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente



SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC

Hemos evaluado su condición en nuestro Centro Perinatal. El riesgo de ciertas complicaciones (enumeradas a continuación) tal vez sea mayor en su embarazo.

I. Parto Pretermino (es decir, cuando el parto comienza antes de las 37 semanas)

El parto pretermino tal vez incluya algunos de los siguientes síntomas, o todos ellos:

- Contracciones frecuentes o normales (apretamiento de la matriz), seis o más veces por hora.
- Calambres o retorcijones abdominales que semejan la menstruación.
- Dolor en la parte inferior de la espalda.
- Presión en la pelvis.
- Aumento o cambio en la excreción vaginal (aguado, mucoso, o ensangrentado).
- Goteo o escape de liquido claro o hemorragia de la vagina.

Comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los síntomas descritos anteriormente.

II. Preeclampsia (hipertensión durante la segunda mitad del embarazo y que puede afectar todos los oraganos).

Síntomas de preeclampsia que necesitan atención:

- Dolor de cabeza que no se alivia con Tylenol
- Nuevo comienzo de molestias visuales importantes
- Dolor en la parte derecha superior del vientre
- Disminución en el movimiento del feto

Comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los síntomas descritos anteriormente.

III. Placenta Previa (Placenta anterior al feto en relación con la apertura externa del cuello uterino, lo que puede causar una hemorragia grave).

Si se la ha diagnosticado placenta previa, comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los siguientes síntomas:

- Hemorragia de la vagina de color rojo brillante
- Goteo de liquido claro de la vagina
- Contracciones normales o frecuentes, seis veces o mas por hora

Evite tomar una ducha, cualquier actividad agotadora, levantar algo pesado, cualquier actividad o estimulación sexual, hasta que se le avise.

Comuníquese con su obstetra si usted tiene cualquier pregunta o problema.

***Sirvase ir a la sala de parto si esta preocupada por el bienestar de su bebe, o si los movimientos de su bebe no son normales.**

***Sirvase llevar su glucómetro a todas sus citas es el Centro Perinatal si usted tiene diabetes mellitas.**

***Tome todos sus medicamentos en la forma en que se le han recetado. No omite ninguna dosis.**

***Es importante asistir a todas las citas que se le han dado, y en la forma en que se la haya pedido hacerlo. El omitir cualquier cita puede demorar el diagnóstico adecuado y si manejo de este.**

He recibido, leído, y comprendido las instrucciones anteriores.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.
POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE
TAX ID: 95-4282339

Estamos dedicados a proporcionarle el mejor cuidado y servicio posible, consideramos su comprensión completa de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado. Lo siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera para reducir la confusión y la equivocación entre nuestros pacientes y la practica, que nosotros le requerimos le firme antes de cualquier tratamiento. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a estas pólizas, por favor dirija se con nuestro personal o supervisor.

- ❖ Hemos hecho los arreglos previos con varios planes de salud para aceptar una tarea de beneficios. Esto significa que facturaremos esos planes con los cuales tenemos un arreglo y solo se le requiere pagar el co-pago, deducibles y/o co-seguro al tiempo de servicio. Es nuestra póliza de recoger el co-pago al tiempo de servicio.
- ❖ Si usted falla de notificarnos de un cambio de seguro, usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagado por su compañía de seguros.
- ❖ En caso de que su plan de salud determine un servicio "no ser cubierto", "no médicamente necesario" o "no autorizado", usted será responsable de los cargos por completo. El pago es debido tras recibir la factura de nuestra oficina. Si usted esta en desacuerdo con la compañía de seguro, usted debe contactar su compañía de seguro directamente.
- ❖ Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro, nuestra oficina no se involucra.
- ❖ Seguro medico global y algunos otros seguros requieren una forma de referencia y/o la forma de autorización oficial. Si nosotros no lo hemos recibido en nuestra oficina en el tiempo del servicio, usted será requerido a firmar una Renuncia de Forma de Responsabilidad y un depósito del pago se puede esperar.
- ❖ Si usted tiene el Medi-Cal pendiente, nosotros requerimos \$50.00 de depósito en el tiempo del servicio. Si usted proporciona una tarjeta de Medi-Cal retroactiva que cubre su fecha del servicio, nosotros regresaremos su depósito.
- ❖ Para proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad a todos nuestros pacientes, por favor nos llaman lo mas pronto posible si usted sabe que necesita cambiar su cita. Hay una tarifa de \$25 por cancelar si usted no cancela su cita sin antes de notificarnos 48 horas previas.

Servicios adicionales tales como el laboratorio y consejera genética son un cargo adicional y usted será facturado separadamente.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEIDO Y ENTIENDE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ARRIBA.

Firma de la Persona Financieramente Responsable

Fecha

Favor de Imprimir el Nombre del Paciente



1135 S SUNSET AVE STE 402
WEST COVINA, CA 91790
Phone: 626.337.4425
Fax: 626.337.4305
www.peridocs.com

CONSENTIMIENTO PARA RECETAS ELECTRONICAS

ePrescribing se define como la capacidad del médico para enviar electrónicamente un exacto, sin error y receta comprensible directamente a una farmacia. El congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente las recetas es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Datos de beneficios se mantienen para los proveedores de seguro de salud por organizaciones conocidas como los administradores de beneficios de farmacia (PBM). PBM son terceros administradores de programas de prescripción de drogas cuyas responsabilidades principales son procesamiento y pago de reclamaciones de drogas de prescripción. También para desarrollar y mantener los formularios, que son listas de prescindibles medicamentos cubiertos por un plan de beneficios de medicamento en particular.

Medicare Modernización Acto (MMA) 2003 mencionados estándares que deben incluirse en un programa de ePrescribe. Estos incluyen:

- **Formulario y beneficio de las transacciones** -- Proporciona la información al prescriptor acerca de que medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones de la historia de medicación** -- Proporciona al médico información sobre medicamentos que el paciente ya está tomando prescrito por cualquier proveedor, para reducir al mínimo el número de eventos adversos de la droga.

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que San Gabriel Valley Perinatal Medical Group puede solicitar y utilizar su historial de medicación de prescripción de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Nombre del Paciente (impreso)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha



SGV Perinatal
Medical Group, Inc.

1135 S SUNSET AVE STE 402
 WEST COVINA, CA 91790
 Phone: 626.337.4425
 Fax: 626.337.4305
 www.peridocs.com

Consentimiento Para Comunicar Información Médica

Comunicación de Correo Voz

¡Bienvenidos a nuestra práctica! Muchas veces durante el curso de su cuidado nuestros proveedores tendrá que proporcionar información sobre resultados de laboratorio u otros problemas médicos. A veces es difícil conectar con los pacientes por teléfono que retrasa nuestra capacidad de información de retransmisión. Algunos pacientes prefieren que dejemos mensajes en su correo de voz como una forma de eliminar retrasos. Estamos obligados a proteger la privacidad del paciente, no podemos usar este método de comunicación a menos que tengamos permiso para hacerlo. Por favor indicar su preferencia en cuanto a cómo podemos comunicar información a usted durante su cuidado como paciente aquí:

Sí, usted puede dejar un mensaje en mi correo de voz:

o Hogar # _____

o Celular # _____

No, usted no puede dejar un mensaje en mi correo de voz.

Comunicarse con Familiares u Otros

Algunos pacientes les gustaría que nosotros comunicáramos su atención médica con un cónyuge, miembro de la familia u otro asociado de confianza. Para asegurar privacidad, requerimos el permiso del paciente para hacerlo. Por favor indique a cualquier otra persona con quien podemos compartir su información médica.

 Nombre

 Relación con el Paciente

 Nombre

 Relación con el Paciente

Solicitud de Comunicación por Correo Electrónico

Algunos pacientes prefieren comunicarse con nuestro personal de apoyo clínico y administrativo por correo electrónico. Transmisión de información para el paciente por correo electrónico, sin embargo, tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento. Comunicaciones sobre la internet o utilizando el sistema de correo electrónico no están encriptados y son inherentemente inseguras. No existe garantía de confidencialidad de la información cuando se comunican de esta manera. Sin embargo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Para hacerlo, por favor nos proporciona con su información de correo electrónico a continuación:

Sí, autorizo la comunicación por correo electrónico

No, no autorizo la comunicación por correo electrónico

 Dirección de Correo Electrónico

 Nombre del Paciente (impreso)

 Firma del paciente

 Fecha

I. MADRE DEL EMBARAZO

Nombre _____ Apellido de soltera _____
 Fecha de nacimiento _____ Su edad a la fecha de espera _____

Ocupación _____
 Origen étnico (Asiático, Hispano Africano, Italiano, etc.) _____
 Judío, (Ashkenazi) de Europa Central Oriental Si No
 Cajun o Francés Cunadiense Si No

PADRE DEL EMBARAZO

Nombre _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ocupación _____
 Origen étnico (Asiático, Hispano Africano, Italiano, etc.) _____
 Judío, (Ashkenazi) de Europa Central Oriental Si No
 Cajun o Francés Cunadiense Si No

II. HISTORIA DEL EMBARAZO Durante este embarazo, ha tenido usted lo siguiente:

Si	No	No Sé/No Estoy Segura	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de sangre o liquido vaginal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones, ronchas, u otras enfermedades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre sobre 101 F, uso de baño de tina o sauna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rayos X, hospitalizaciones, o cirugía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos o bebidas alcoholicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas o medicamentos (aparte de las vitaminas prenatales o hierro)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultrasonido (sonograma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposición a compuestos quimicos o cualquier sustancia danina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alfa-fetoproteina (AFP) u otra prueba del suero materno (favor de indicar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reducción del embarazo (aborto de un feto debido a caudrupletos, por ejemplo), inseminación artificial, esperma donada

III. HISTORIA MÉDICA

Si	No	No Sé/No Estoy Segura	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene la madre o el padre de este embarazo algún problema médico? (Ejemplos: diabetes, convulsiones, problemas del corazón)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha hecho usted o el padre de este embarazo el examen para determinar si son portadores del rasgo de celulas falciformes, talasemia, de Canavan, o enfermedad de Tay-Sachs?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido usted o el padre de este embarazo <i>dos o más</i> embarazos que resultaron en abortos espontáneos O niños que hayan nacido muertos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido usted o el padre de este embarazo historia de infertilidad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha hecho usted en el pasado una amniocentesis o estudio de las vellosidades corionicas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta usted relacionada con el padre de este embarazo (Como primos hermanos o primos lejanos)?

IV. HISTORIA DEL LA FAMILIA

Tiene usted o el padre de este embarazo algun pariente (vivo o fallecido) con alguna de las siguientes condiciones? Por favor, inclúyase a usted, el pariente de este embarazo, los hijos de ustedes, sus padres, heranos, sobrinos, sus tios, y sus primos.

Si	No	No Sé/No Estoy Segura	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algun defecto de nacimiento (como labio partido, espina bifida, defecto del corazón)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño que haya nacido muerto, o haya muerto durante la infancia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes de los cromosomas (como síndrome de Down, o mongolismo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia, desorden de la sangre o enfermedad de la hemoglobina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abortos espontáneos (dos o más)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística (una enfermedad que afecta severamente los pulmones), Tay-Sachs, o la condición de Canavan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso mental, problemas de aprendizaje o autismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciego o sordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden muscular o neurologico, incluyendo neurofibromatosis o distrofia muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer del pecho, ovario o intestino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quistes (múltiples) o alguna otra condición de los riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier enfermedad que afecta o ha afectado a varios miembros de su familia

Si ha respondido aue Si a cualquiera de las preguntas anteriores, explique en el espacio siguiente. También indique cualquier preocupación que usted tenga concierne este embarazo.

For Office Use Only

Reviewed with patient by _____

Date _____

Patient alone/accompanied by _____

Translator _____



SGV Perinatal
Medical Group, Inc.

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.

**Consentimiento para participar en encuentros médicos por teléfono,
video conferencia, u otros servicios electrónicos (Telemedicina)**

Yo, _____ (nombre de paciente), acepto discutir mi condición médica con el uso de servicios electrónicos, llamado telemedicina. Estoy de acuerdo en discutir mi condición, los resultados de laboratorio y planear la atención confidencialmente, como si estuviéramos reuniéndonos en persona, pero usando un servicio electrónico. Entiendo que tengo el derecho de negarme a tener mi evaluación de esta manera. Entiendo que si estoy de acuerdo ahora, puedo cambiar de opinión en el futuro y mi cuidado continuará en persona con una cita en el futuro. Entiendo que mi compañía de seguros será facturada a la tarifa aplicable para mis encuentros.

Si, Yo acepto participar. _____, _____
(firma) (fecha)

No, Yo no acepto participar. _____, _____
(firma) (fecha)

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.

1135 S. Sunset Ave. #402

West Covina, Ca. 91790

Phone 625-337-4425 Fax 626-337-4305

Favor de proporcionarnos el nombre y numero telefonico de su farmacia actual.

NOMBRE DE FARMACIA:

NUMERO DE TELEFONO:

NOMBRE DE PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC
POMONA VALLEY PERINATAL CENTER
1798 North Garey Avenue
Pomona, California 91767
(909) 865-9705 TEL (909) 622-5309 FAX

Why Tdap During Pregnancy

Currently there is a whooping cough epidemic in California.

Your baby will very likely be exposed to Whooping cough after he/she is born.

Whooping cough is very dangerous for newborn babies often times requiring hospitalizations and sometimes causing death.

It is very important to protect your baby before it is born. You can protect your baby by receiving the Tdap Vaccine between 26-37 weeks of pregnancy.

When you get the vaccine you make antibodies which will be transferred to your baby and protect him /her against the whooping cough when he/she is born.

With the vaccine your baby is less likely to get sick but if he/she does get sick he/she will not be as sick as if you do not take the vaccine.

It is also important to make sure that anyone who will be handing your baby is current on their Tdap Vaccines. Please make sure that they are current prior to you baby being born.

目前在加州有百日咳疫情。

您的寶寶很可能在出生後感染到百日咳。

百日咳對新生嬰兒很危險，通常需要住院治療，有時甚至造成死亡。

在寶寶出生前做好保護是非常重要的。您可以通過在26~37周的妊娠期間接種Tdap疫苗來保護寶寶。

當您接種疫苗後，您會產生抗體。這些抗體被轉給您的寶寶，保護他/她在出生後免受百日咳的感染。

如您接種了疫苗，寶寶不太可能生病，那怕生病了，病情也沒有如你沒有接種疫苗那麼嚴重。

確保每個將接觸你寶寶的人現在就接種Tdap疫苗是非常重要的。請確保他們在您寶寶出生前接種疫苗。

Actualmente hay una epidemia de tos ferina en California.

Es muy probable que su bebé esté expuesto a la tos ferina después de que él / ella nazca.

La tos ferina es muy peligrosa para los bebés recién nacidos a menudo requieren hospitalizaciones y algunas veces causa la muerte.

Es muy importante proteger a su bebé antes de que nazca. Usted puede proteger a su bebé

Grupo médico perinatal de San Gabriel Valley

Su exploración del ultrasonido del embarazo

Lea por favor esto cuidadosamente

Como parte de su cuidado prenatal usted está teniendo una examinación del ultrasonido (también conocida como una exploración o sonogram del ultrasonido del nivel II) de su embarazo. La examinación del ultrasonido del feto durante embarazo generalmente se considera segura cuando está limitada a eso requerida para presentar la información necesaria [1]. La examinación no implica radiografías.

La examinación estará generalmente a través de su abdomen y usted debe tener una vejiga llena. Para la examinación le pedirán acostarse en una tabla de la examinación y un gel claro será aplicado a su piel sobre su abdomen. El gel ayudará a transmitir las ondas acústicas generadas por el ultrasonido para sondar. Las ondas acústicas que despiden de nuevo a la punta de prueba del ultrasonido se utilizan para crear cuadros en el monitor del ultrasonido similar a una pantalla de la televisión.

La examinación será hecha a veces a través de la vagina (transvaginal) para proporcionar una imagen más detallada, pero el doctor hablará con usted sobre esto si prueba necesario.

La examinación buscará anomalías en su bebé o bebés e intentará determinar la edad y el tamaño de su bebé o bebés. La examinación también buscará anomalías en la placenta. Si usted decide tener una examinación del ultrasonido asumiremos que usted desea saber sobre cualquier cosa que encontramos.

El cerca de 60% de anomalías importantes serán vistos en las examinaciones del ultrasonido realizadas entre 16 a 20 semanas. Los resultados sugestivos de Down Syndrome se pueden detectar el cerca de 50% del tiempo [3,4]. Las condiciones tales como parálisis cerebral y autismo no son perceptibles por sonogram antes de nacimiento. Algunas malformaciones del corazón, de la zona digestiva, y de la cara así como hidrocefalia son más probable ser detectado después de 26 semanas [2]. Además de la edad del bebé otros factores tales como obesidad maternal, cirugía abdominal anterior, y el bebé, posición pueden prevenir la detección de anomalías.

La tabla debajo de listas las ocasiones de detectar una anomalía por el sistema del órgano durante un sonogram de 16 a 20 semanas [3].

Sistema del órgano	Ocasión de una anomalía que es vista
Sistema nervioso central (cerebro y espina dorsal)	el 92%
Pulmones	el 78%
Genitourinario (riñones y vejiga)	el 69%
Gastrointestinal (diafragma, estómago, esófago, intestinos)	el 69%
Esquelético (huesos largos, pies, y manos)	el 35%
Corazón	30 a el 50%
Craneofacial (quijada, labio, paladar, zócalos de ojo, y cráneo)	el 35%

Si se encuentra un problema le dirán a la hora de la examinación que hay un problema. Una discusión completa del problema puede requerirle volver a la oficina para la evaluación adicional. Algunos problemas que necesitan la examinación de la repetición no son serios ni son "alarmas falsas".

Pruebas para detectar portadores de enfermedades genéticas comunes

Aunque la mayoría de las personas tienen bebés saludables, con cada embarazo existe la posibilidad de 3-4% de tener un bebé con problemas. Las siguientes son algunas enfermedades comunes graves que pueden ocurrir incluso sin una historia familiar. Usted puede hacerse la prueba de detección de portadores (un simple análisis de sangre) antes de que nazca el bebé para determinar si usted es portador de los genes que causan las siguientes enfermedades.

¿Qué es un portador?

Un portador es una persona que tiene un gen que incrementa el riesgo de tener hijos con cierta enfermedad genética. Las personas no saben si son portadores hasta que se hacen un análisis de sangre o tienen un hijo afectado. Algunas enfermedades ocurren sólo si ambos padres son portadores, y otras enfermedades ocurren sólo cuando la madre es portadora.

¿En qué consiste la prueba para detectar los portadores?

La prueba requiere de una muestra de sangre de uno o ambos miembros de la pareja para determinar si son portadores. Si resultan ser portadores, se pueden realizar pruebas de diagnóstico prenatal, como la amniocentesis o la muestra de las vellosidades coriónicas (CVS), para determinar si el feto está afectado. Todas las pruebas son opcionales y usted puede elegir la enfermedad para la que quiera hacerse la prueba.

Enfermedad	Fibrosis quística (FQ)	Atrofia muscular espinal (AME)
Síntomas de la enfermedad	<i>La enfermedad genética más común en Norte América.</i> Una enfermedad crónica que afecta principalmente los sistemas respiratorio, digestivo, y reproductivo. Los síntomas incluyen neumonía, diarrea, crecimiento deficiente, e infertilidad. Algunas personas son afectadas más levemente, pero las personas afectadas severamente pueden morir en la infancia. Con los tratamientos que existen actualmente, las personas con la fibrosis quística pueden vivir hasta los 20 o 30 años de edad. La fibrosis quística no afecta la inteligencia.	<i>La causa más común de muerte infantil hereditaria.</i> La AME destruye las células del sistema nervioso responsables del movimiento voluntario. Los bebés con AME tienen dificultad para respirar, tragar, controlar su cabeza o cuello, y gatear o caminar. La forma más común de AME afecta a los bebés en los primeros meses de vida y puede causar la muerte entre los 2 a los 4 años de edad. Con menor frecuencia, la enfermedad comienza más tarde y las personas pueden sobrevivir en la edad adulta. La AME no afecta a la inteligencia. No existe cura o tratamiento.
Herencia	Si ambos padres son portadores, hay un riesgo de 1 en 4 (25%) de tener un hijo con la fibrosis quística.	Si ambos padres son portadores, hay un riesgo de 1 en 4 (25%) de tener un hijo con AME.
¿Cuál es la probabilidad de que soy portador de esta enfermedad?	1 de cada 25 Caucásicos 1 de cada 26 Judíos Asquenazíes 1 de cada 46 Latinos/Hispanos 1 de cada 65 Afroamericanos ~1 de cada 90 Asiáticos	1 de cada 54 personas Ocurre en todos los grupos étnicos
¿Se ha realizado pruebas para estas condiciones previamente?	Si NO No estoy segura	Si NO No estoy segura
¿Quisiera hacerse estas pruebas o tener más información? (favor de circular)	SÍ NO	SÍ NO