

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____

Edad _____

Por favor responde las siguientes preguntas con sinceridad para que podamos ayudarle tanto a usted como a su bebé a recibir el mejor cuidado posible. Pida ayuda a la asistente si se le dificulta cualquiera de estas preguntas. **Sus respuestas serán una parte confidencial de su registro médico.** Gracias por completar esta evaluación.

¿Ha tenido un examen de ultrasonido durante este embarazo? No Sí

En caso afirmativo, ¿Cuándo y dónde se realiza el ultrasonido? _____

ALERGIAS

¿Hay medicinas que le causan alergia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿cuáles medicinas?
¿Le causa alergia el Látex?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
¿Le causa alergia el yodo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	

MEDICINAS ACTUALES

Nombre	Dosis/frecuencia	Motivo por el que las toma	Días en que las toma

Comentarios del médico: _____

HISTORIAL OBSTÉTRICO

¿Cuál fue el primer día de su última menstruación (UM)? _____

¿Le dijeron alguna vez que sufría de alguna de las siguientes condiciones durante su embarazo? (por favor indique todas las que le pertenescan)

Diabetes Alta Presión arterial Preeclampsia Cuello de la matriz debil

Comentarios del médico: _____

Todos los embarazos

Por favor indique todos los embarazos (incluyendo malpartos y abortos) en orden cronológico.

Año	Vaginal	Cesárea	D&C (Raspado)	Peso al Nacer	Semanas al Parto	Complicaciones	Comentarios del Médico
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____

HISTORIAL MÉDICO: ¿Le han dicho alguna vez que sufre de cualquiera de las siguientes condiciones?
(Indique todas las apropiadas)

	Especifique (si es apropiado)	Año de comienzo de la condición	Medicinas tomadas (dosis y frecuencia)	Fechas en que tomó las medicinas	Comentarios del médico
<input type="checkbox"/> Presión Alta					
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón					
<input type="checkbox"/> Problemas del riñón (infecciones, piedras, quistes)					
<input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones					
<input type="checkbox"/> Problemas del hígado (ejemplo: hepatitis o cálculo biliar)					
<input type="checkbox"/> Problemas Intestinales					
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides					
<input type="checkbox"/> Convulsiones (epilepsia)					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Lupus					
<input type="checkbox"/> Tuberculosis					
<input type="checkbox"/> Cáncer					
<input type="checkbox"/> Asma					
<input type="checkbox"/> Desórdenes de la sangre (ejemplo: célula falsiforme, talasemia,)					
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre					
<input type="checkbox"/> Plaquetas bajas					
<input type="checkbox"/> Herpes Genital					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Trastornos Psiquiátricos (Depresión, ansiedad, trastorno bipolar)					

HISTORIA CLÍNICA QUIRÚRGICA

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____

¿Ha tenido alguna cirugía? (Incluyendo LEEP, biopsia del cono, o cerclaje)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿qué clase y cuándo?	Comentarios del médico
---	--------------------------------	--------------------------------	---	------------------------

Historia de Transfusiones (Sírvase indicar todas las que haya tenido)

	Motivo y Cuándo	Comentarios del médico
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre		
<input type="checkbox"/> ¿Necesitó alguno de sus hijos una transfusión de sangre recién nacido?		

EXPOSICIONES: ¿Ha estado expuesta a cualquiera de lo siguiente durante este embarazo? (Marque todas las indicadas)

	Qué clase	Fecha de exposición	Comentarios del médico
<input type="checkbox"/> Radiografías			
<input type="checkbox"/> Químicos			
<input type="checkbox"/> Fiebre alta			

HISTORIA FAMILIAR: ¿Existe alguna historia de defectos de nacimiento, tales como defectos del corazón, dedos extras en las manos o en los pies, retraso mental, trastorno cromosómico, fibrosis quística, Tay-Sachs, enfermedad de Canavan, problemas de aprendizaje, autismo, ceguera, sordera, hueso o trastorno esquelético, nervioso o muscular, trastorno renal quístico, etc.?

¿En su familia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," sírvase indicar el defecto.
¿En la familia del padre del bebé?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," sírvase indicar el defecto.
¿Ha tenido algún familiar coágulos de sangre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿qué edad tenía el familiar cuando tuvo el coágulo de sangre?
¿Ha tenido algún familiar un derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿qué edad tenía el familiar cuando tuvo el derrame cerebral?

HÁBITOS- Por Favor indique todos los apropiados.

				¿Última vez que lo hizo?
¿Ha fumado durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿cuántos cigarrillos al día?	
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿cuántos tragos al día?	
¿Ha tomado alguna vez medicinas que no le fueron recetadas? (tales como PCP, marihuana, cocaína, heroína, anfetamina).	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿cuáles medicinas?	

¿La han golpeado o abusado físicamente durante el último año?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí," ¿quién y cuándo?
---	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____

Firma del Paciente

Fecha