



Cuestionario de Salud OB

Por favor complete la siguiente información:

Nombre:		Fecha:	
Médico Remitente:		Médico de Atención Primaria:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro En caso que otro, por favor específica:		Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre de Farmacia Preferido:		Número de Farmacia Preferido:	
Ocupación:		Educación (último grado completado):	
Idioma:		Contacto de Emergencia:	
Nombre del esposo/compañero:		Número del contacto de emergencia:	
Número del esposo/compañero:		El mejor número para llamar a usted:	
Nombre del Padre del bebé: verifique si es igual a arriba		Número del padre del bebé: verifique si es igual a arriba	
HISTORIA MENSTRUAL			
Primer día del último período menstrual: Verifica si normal cantidad/duración:		¿Tienes ciclos menstruales mensuales? Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué tan segura esta de su último ciclo menstrual? Preciso Desconocido Aproximado (mes conocido)		¿Tomaba anticonceptivos cuando determinó el embarazo? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	
Edad cuando comenzaron los períodos:		Número de días entre períodos:	
Prueba de embarazo positiva: Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha?		Tipo de prueba de embarazo: Orina <input type="checkbox"/> Sangre	
HISTORIA SOCIAL			
¿Usas tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Que tipo? <input type="checkbox"/> cigarrillos <input type="checkbox"/> masticar	¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
¿Usaste tabaco anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuantos años?	¿Cuándo renunciaste?
¿Usas alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
¿Usas drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Qué tipo: <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otra		¿Por cuantos años?	¿Cuánto por día?
Nombre del Revisor:		Firma del Revisor:	



EMBARAZOS PASADOS

# de veces embarazada:	# de embarazos a término:	# de partos antes de las 37 semanas:	# de abortos electivos:
# de abortos involuntarios:	# de embarazos ectópicos:	# de nacimientos múltiples:	# de niños vivos:
DETALLES DE EMBARAZO # 1		DETALLES DE EMBARAZO # 2	
Fecha:	<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario	<u>Complicaciones:</u> <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente	Fecha:
# de semanas en el parto:	<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural		<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario
Duración del parto:			<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural
Peso de nacimiento:			<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente
Sexo de bebe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Lugar de Parto:		Lugar de Parto:	
DETALLES DE EMBARAZO # 3		DETALLES DE EMBARAZO # 4	
Fecha:	<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario	<u>Complicaciones:</u> <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente	Fecha:
# de semanas en el parto:	<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural		<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario
Duración del parto:			<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural
Peso de nacimiento:			<input type="checkbox"/> Gestational diabetes <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hyperemesis gravidarum <input type="checkbox"/> Preterm labor <input type="checkbox"/> Preterm delivery <input type="checkbox"/> Incompetent cervix
Sex of child: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Lugar de Parto:		Lugar de Parto:	
DETALLES DE EMBARAZO # 5		DETALLES DE EMBARAZO # 6	
Fecha:	<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario	<u>Complicaciones:</u> <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente	Fecha:
# de semanas en el parto:	<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural		<u>Tipo de parto:</u> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> aborto electivo <input type="checkbox"/> Aborto involuntario
Duración del parto:			<u>Anestesia:</u> <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Epidural
Peso de nacimiento:			<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente
Sex of child: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Lugar de Parto:		Lugar de Parto:	
Nombre del Revisor:		Firma del Revisor:	



HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque cualquier problema médico actual o pasado de usted mismo:

	Si	No		Si	No
Diabetes			Sensibilización RH		
Hipertensión			Asma		
Enfermedad del corazón			Problemas pulmonares		
Desorden autoinmune			Alergias estacionales		
Enfermedad del riñon			Enfermedad neurológica		
Convulsiones			Enfermedad psiquiátrica		
Depresión post-parto			Depresión		
	Si	No		Si	No
Hepatitis			Enfermedad del hígado		
Coágulos de sangre en las piernas/pulmones			Venas de araña		
Desorden de los Tiroides			Trauma		
Violencia Doméstica			Historia de una transfusión de sangre		
Alergias a Medicamentos			Alergia al latex		
Cirugía ginecológica previa			Cirugía previa:		
Si es así, por favor liste:			Si es así, por favor liste:		
Complicaciones anestésicas			Historia de un Papanicolaou anormal		
Anomalías uterinas			Esterilidad		
Historia familiar			Otro		

Comentarios:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Indique cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo vitaminas prenatales, píldoras anticonceptivas, Tylenol, Advil, Aspirina, medicamentos a base de hierbas y medicamentos sin receta

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Sí No Si es así, ¿a qué? ¿Qué tipo de reacción tiene?

¿Tiene alguna alergia a los alimentos/látex? Sí No Si es así, ¿a qué? ¿Qué tipo de reacción tiene?

¿Es aceptable una transfusión de sangre en una situación de emergencia? Si No

Nombre del Revisor:

Firma del Revisor:



CRIBADO GENÉTICO

Incluya paciente, padre del bebé o cualquier persona en cualquier familia

	Si	No		Si	No
¿Serás mayor de 35 años en el momento de el parto?			Corea de Huntington		
Talasemia (Italiano, Griego, Fondo Mediterráneo)			Retraso Mental/ Autismo		
Defectos del tubo neural (espinia bífida, meningomieloclele)			Si tiene retraso mental, ¿alguien fue evaluado para Fragile X?		
¿Defecto cardiaco congenito?			Trastorno metabólico materno (diabetes tipo I, PKU)		
Síndrome de Down			Paciente o padre del bebé tuvieron un hijo con defectos de nacimiento		
Tay-Sachs (Judío, Francés Canadiense)			Pérdida recurrente de embarazo o muerte fetal		
Enfermedad de Canavan			Anemia o rasgo de células falciformes (africano)		
Hemofilia u otros desordenes sanguíneos			Distrofia muscular		
Fibrosis quística			Otro desorden genético o cromosómico heredado		
Medicamentos utilizados desde el último período menstrual (incluyen vitaminas, hierbas y medicamentos sin receta)			Cualquier otra información que le gustaría compartir		
En caso afirmativo, indique el medicamento y la dosis			Comentarios:		

HISTORIA DE INFECCIÓN

	Si	No		Si	No
¿Vives con alguien con Tuberculosis o expuesto a Tuberculosis?			¿Usted o su pareja tienen herpes genital?		
Historia de enfermedades de transmisión sexual?			¿Ha tenido un sarpullido o una enfermedad viral desde que comenzó el embarazo?		
¿Si sí, cual? <input type="checkbox"/> gonorrea <input type="checkbox"/> clamidia <input type="checkbox"/> sífilis <input type="checkbox"/> HPV			¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C		
Nombre del Revisor:	Firma del Revisor:				



REVISIÓN DE SISTEMAS

(Por favor confirme cualquier síntoma que haya tenido en el último mes)

		Si	No			Si	No
Constitucional	Fatiga			Urinario	Urgencia		
	Peso antes del embarazo				Hematuria		
	Fiebre				Frecuencia		
	Pérdida de peso				Disuria (dolor al orinar)		
	Ganancia de peso				Incontinencia		
	Cambios en el apetito			Piel	Cambios en lunares/lesiones existentes		
Ginecológico	Sangrado vaginal				Salpullido		
	Desecho vaginal			Comezón			
	Dolor pélvico			ENT	Disminución de audición		
	Comezón vaginal				Dolor de garganta		
Ojos	Usa lentes			Musculoesquelético	Dolores musculares		
	Usa lentes de contacto				Artritis		
	Visión borrosa				Dolor de espalda crónico		
Neurológico	Debilidad			Gastrointestinal	Náusea		
	Mareo				Vomito		
	Vértigo				Diarrea		
	Dolores de cabeza				Estreñimiento		
Si es así, de qué tipo? <input type="checkbox"/> seno <input type="checkbox"/> migraña <input type="checkbox"/> tensión				Endocrina	Sed excesiva		
Pechos	Bultos				Caída del cabello		
	Sensibilidad				Intolerancia al frío		
	Desecho/Secreción del pezón				Intolerancia al calor		
Cardiovascular	Dolor de pecho			Psiquiátrico	Ansiedad		
	Latido del corazón irregular				Depresión		
	Palpitaciones				Dificultad para dormir		
	Hinchazón de las piernas			Hematológico/linfático	Moretones con facilidad		
Respiratorio	Falta de aliento				Sangrado excesivo		
	Resollando			Alérgico/Inmunológico	Síntomas de alergia		
	Tos				Factores de riesgo del VIH (uso de drogas por medio de jeringa, comportamiento sexual de alto riesgo)		
Nombre del Revisor:				Firma del Revisor:			