



Pt Name: _____

MRN: _____

CUESTIONARIO PARA NUEVAS PACIENTES DE OBSTETRICIA

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA DE HOY:** _____

Estatura: _____ ¿Cuál era su peso **antes** de estar embarazada? Peso anterior al embarazo: _____

¿Su último periodo fue normal? _____ ¿Está segura de la fecha? _____

¿Qué Método de Control de Natalidad, en su caso, estaba utilizando en el momento de la Concepción?

¿Fecha de su prueba de embarazo? _____ ¿Fue de orina? _____

¿Algún viaje durante los últimos 6 meses de usted o su pareja? Favor especifique Dónde/Cuándo para cada uno de ustedes: **SÍ NO** _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: ¿Ha tenido, o tiene actualmente, alguna de las siguientes? Favor rodee con un círculo **SÍ** o **NO**

Anemia	SÍ	NO	Historial de Trasfusión de Sangre	SÍ	NO
Anemia en el Embarazo	SÍ	NO	Historial de Enfermedad de Transmisión Sexual	SÍ	NO
Complicaciones de Anestesia	SÍ	NO	Presión sanguínea alta/Hipertensión	SÍ	NO
Asma	SÍ	NO	Hipertensión en el Embarazo	SÍ	NO
Trastorno de Sangrado	SÍ	NO	Infertilidad	SÍ	NO
Enfermedad de Mama	SÍ	NO	Enfermedad del Riñón	SÍ	NO
Cáncer (especificar)	SÍ	NO	Enfermedad del Hígado	SÍ	NO
Varicela o Inmunización	SÍ	NO	Enfermedad Pulmonar	SÍ	NO
Colitis	SÍ	NO	Lupus	SÍ	NO
Depresión	SÍ	NO	Enfermedad Psiquiátrica	SÍ	NO
Depresión/Posparto	SÍ	NO	Infecciones Recurrentes del Tracto Urinario (más de 4 al año)	SÍ	NO
Diabetes Tipo I	SÍ	NO	Trastorno de la Piel	SÍ	NO
Diabetes Tipo II	SÍ	NO	Tuberculosis	SÍ	NO
Diabetes en el Embarazo	SÍ	NO	Tromboflebitis/Embolia/Trombosis Venosa Profunda	SÍ	NO
Epilepsia	SÍ	NO	Disfunción de Tiroides	SÍ	NO
Enfermedad Cardíaca	SÍ	NO	Trauma/Violencia	SÍ	NO
Hepatitis	SÍ	NO	Úlcera	SÍ	NO
Historial de Prueba de Papanicolau Anormal	SÍ	NO	Anormalidad Uterina	SÍ	NO

HISTORIAL DE INFECCIONES: Favor rodee con un círculo **SÍ** o **NO** cualquiera de las siguientes:

Exposición a Tuberculosis	SÍ	NO	Historial de VPH Verrugas _____ Prueba de Papanicolau _____	SÍ	NO
Historial de Clamidia	SÍ	NO	Historial de Enfermedad Inflamatoria Pélvica	SÍ	NO
Historial de Herpes Genital	SÍ	NO	Historial de Sífilis	SÍ	NO
Historial de Gonorrea	SÍ	NO	Niño Infectado por Estreptococo del Grupo B	SÍ	NO
Historial de Hepatitis	SÍ	NO	Erupción cutánea desde última menstruación	SÍ	NO
Historial de VIH	SÍ	NO	Enfermedad vírica desde última menstruación	SÍ	NO

HISTORIAL DE CIRUGÍA ANTERIOR: Favor enumere y anote fechas de cualquier cirugía anterior (incluyendo amigdalectomía).

¿Algún problema personal o en su familia con la anestesia? Si la respuesta es sí, especifique _____

¿Se le ha realizado alguna vez cirugía en el útero? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido una Prueba de Papanicolau Anormal? En tal caso, ¿se ha realizado una colposcopia, extirpación electroquirúrgica con asa o biopsia en cono? **SÍ NO**

Si la respuesta es sí, ¿qué y cuándo? _____

¿TRASFUSIONES DE SANGRE EN EL PASADO? **SÍ NO**

¿Es aceptable una transfusión de sangre? **SÍ NO**

¿Tiene alguna creencia religiosa que entraría en conflicto con la necesidad de una transfusión de sangre? **SÍ NO**

HOSPITALIZACIONES: ¿Ha sido hospitalizada alguna vez (sin contar partos o cirugía)? **SÍ NO**

Si la respuesta es sí, ¿para qué y cuándo? _____

ALERGIAS/ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Ninguna: **SÍ NO** Látex: **SÍ NO**

Favor enumere e incluya las reacciones _____

MEDICAMENTOS: Favor anote cualquier medicamento que esté tomando actualmente o que haya tomado desde su última menstruación o primera prueba positiva de embarazo (Anote **dosis y frecuencia** y adjunte una lista si es necesario).

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: Favor rodee con un círculo **SÍ** o **NO** las respuestas a las preguntas siguientes sobre el historial de su familia y la historia personal y familiar del Padre del bebé. (Esto debe incluir tíos/tías, abuelos/abuelas, primos/primas, etc.)

Su Historial Familiar

Historial Personal o Familiar del Padre del Bebé

SÍ	NO		SÍ	NO
		Trastorno Sanguíneo/Hemofilia		
		Anomalía/Trastorno Cromosómico		
		Defecto Cardíaco Congénito		
		Fibrosis Quística		
		Síndrome de Down		
		Trastorno Endocrino/Trastornos Metabólicos Maternales		
		Enfermedad de Huntington / Corea de Huntington		
		Retraso Mental		
		Distrofia Muscular		
		Defecto del Tubo Neural (incluyendo "agua en el cerebro" o Espina Bífida)		
		Enfermedad de Células Falciformes		
		Rasgo de Células Falciformes		
		AME (Atrofia Muscular Espinal)		
		Enfermedad de Tay-Sachs		
		Talasemia		

HÁBITOS PERSONALES/HISTORIAL SOCIAL: Favor marque o rodee con un círculo su respuesta.

Estado Civil: Soltera__ Comprometida__ Casada__ Viuda__ Separada__ Divorciada__ Viviendo con pareja__

Consumo de Tabaco: Nunca fumó__ Antigua fumadora__ Fumadora actual__ Paquetes diarios__ durante __ años / Lo dejó hace __ años

Consumo de Alcohol: Ninguno__ Consumo Ocasional__ Consumo Moderado__ Consumo Abundante__ Bebidas a la Semana__

Consumo de Drogas Ilegales: **SÍ NO** y ¿cuánto? _____

¿Vive con un gato? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, ¿manipula usted las heces del gato? **SÍ NO**

¿Creció usted con abusos o violencia doméstica? **SÍ NO**

¿Está usted actualmente en una relación violenta o abusiva? **SÍ NO**

¿Tiene usted alguna preferencia religiosa? **SÍ NO**

Si la respuesta es sí, favor especifique _____

HISTORIAL DE EMBARAZOS/PARTOS

Padre del bebé: _____ **Número de teléfono del padre:** _____

¿Raza del padre? Blanca Negra Hispana Árabe Asiática Antepasados Judíos Askenazi Otra: _____

¿Cuál es la raza de usted? Blanca Negra Hispana Árabe Asiática Otra: _____

¿Tiene algún antepasado judío askenazi o francocanadiense? _____

Número Total de Embarazos (incluyendo este):__ Partos (paridad)__ Ectópicos__ Abortos provocados__

Abortos naturales _____

Usando la tabla a continuación, favor enumere todos los embarazos en orden. Rodee con un círculo cuando sea aplicable.

Semanas de gestación	Duración del trabajo de parto	Anestesia	Fecha	Sexo (M/F)	Peso al Nacer	Lugar de Alumbramiento (Hospital)	Tipo de Parto (Vaginal o Cesárea)	PT/Prematuro <37 semanas FT/A término >37 semanas	M/Aborto natural A/Aborto provocado E/Ectópico
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					
		S / N		M / F					

Favor use el dorso de esta hoja si necesita más espacio.

Favor conteste solo si ha estado embarazada anteriormente: N/A

¿Ha tenido alguna vez un parto prematuro (antes de las 36 semanas)?	SÍ	NO
¿Ha roto aguas antes de 36 semanas?	SÍ	NO
¿Se le ha dilatado el cuello del útero antes de las 36 semanas?	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna cesárea anteriormente?	SÍ	NO
¿Ha necesitado alguna vez una dilatación y curetaje después de nacer un bebé?	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna vez un desprendimiento de placenta o placenta previa?	SÍ	NO
¿Ha tenido un bebé que necesitara tratamiento para Estreptococo del Grupo Beta después del parto?	SÍ	NO
¿Ha tenido un bebé con defecto de nacimiento?	SÍ	NO
¿Alguna vez un bebé le ha nacido muerto?	SÍ	NO

¿Cómo tuvo conocimiento de nuestra consulta? _____

PREGUNTAS VARIAS: Gracias por proporcionarnos la información anterior. Por favor, anote a continuación cualquier información que sea significativa o que considere que podemos necesitar conocer. _____
