

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estatura del Paciente: \_\_\_\_\_ Peso de la Paciente antes del embarazo: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Nativo americano o Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico  
 Negro o Americano Africano  Blanco  Hispano  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la Pareja: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Pareja: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Nativo americano o Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico  
 Negro o Americano Africano  Blanco  Hispano  Otro: \_\_\_\_\_

**Si usted no desea que su historial sea discutido en frente de sus familiares o visitantes que estén en su habitación, por favor anótelo abajo o avise a uno de los miembros de nuestro personal tan pronto como pueda hacerlo.**

**Antecedentes Médicos**

▶ ¿Tiene actualmente	Diabetes?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
¿Tiene actualmente	Hipertensión?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
¿Tiene actualmente	Problemas con la tiroides?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
▶ ¿Tiene actualmente	Convulsiones?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
¿Tiene actualmente	Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerativa?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
¿Tiene actualmente	Lupus?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
¿Tiene actualmente	Asma?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
▶ ¿Tiene actualmente	Trastornos de la coagulación?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
▶ ¿Tiene antecedentes de	Un coágulo de sangre / derrame cerebral (embolia)?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N
▶ ¿Tiene antecedentes de	Problemas del corazón?	S N	¿Toma medicamentos para esto?	S N

Por favor especifica

¿Tiene usted alguna otra condición médica de la cual debemos estar informados? (Por favor indique) \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus medicamentos actuales? (Por favor incluya la dosis de los medicamentos si están disponibles)

▶ Medicamento	Dosis	▶ Medicamento	Dosis	▶ Medicamento	Dosis

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes de Embarazos**

¿Cuál es su fecha de dar a luz para este embarazo?	
¿Ha tenido una prueba de ultrasonido en este embarazo?	S N Si la respuesta es Sí, indique la fecha:
¿Incluyendo esta vez, cuantas veces as estado embarazada	
¿Cuántos hijos tiene que estén con vida?	
¿Ha tenido alguna pérdida del embarazo (aborto espontáneo)?	S N Indique cuántos: ▶ (si 3 ó más)
¿Ha tenido alguna interrupción / cese del embarazo?	S N Indique cuántos:
▶ ¿Fueron algunas de la interrupciones del embarazo debido a una condición anormal o genética del feto?	S N
¿Cuántos partos vaginales ha tenido?	
¿Cuántas cesáreas ha tenido?	
¿Ha tenido gemelos o trillizos?	S N
¿Ha tenido hijos que han muerto?	S N
¿Tuvo que ir alguno de sus hijos a la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos?	S N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con presión arterial alta o preclamsia?	S N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con diabetes gestacional?	S N

¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con su bebé en ser demasiado pequeño?	S	N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con su fluido amniótico en ser demasiado bajo o demasiado alto?	S	N
¿En alguno de sus embarazos tuvo un parto prematuro?	S	N
¿Fue hospitalizada con alguno de sus embarazos?	S	N
¿Dio a luz a alguno de sus hijos prematuramente (antes de las 37 semanas o más de 3 semanas antes de su fecha de parto)?	S	N
¿Tiene antecedentes de insuficiencia cervical o problemas con su cérvix?	S	N
¿Ha tenido alguna vez cirugía en su cérvix (cerclaje, LEEP [procedimiento de extirpación electro quirúrgico de lazo], biopsia en cono)?	S	N
¿Sabe si tiene problemas con su útero (forma anormal, fibromas, cirugía uterina)?	S	N
¿Sabe si tiene problemas con sus ovarios (PCOS [síndrome de ovario poliquístico], quistes, masas, tumores)?	S	N

**Antecedentes de Exposición durante el Embarazo** (En cualquier momento durante el embarazo, incluyendo el tiempo antes de saber que estaba embarazada)

▶ ¿Ha estado expuesta a cualquier tipo de radiación después que supo que estaba embarazada?	S	N
▶ ¿Ha estado expuesta a cualquier tipo de alcohol durante este embarazo?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier tipo de tabaco (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco para masticar)?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier tipo de marihuana?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier otro tipo de drogas recreativas (Heroína, Cocaína, Metanfetaminas)?	S	N
▶ ¿Hay algún medicamento que dejó de tomar cuando supo que estaba embarazada?	S	N
▶ ¿Está tomando, o ha tomado cualquier tipo de medicamentos o suplementos a base de hierbas?	S	N

**Antecedentes de Exposición durante el Embarazo**

▶ ¿Tendrá 31 años de edad o más al momento del parto si es que está esperando mellizos, trillizos, etc.?	S	N
▶ ¿Tendrá 35 años de edad o más al momento del parto?	S	N
▶ ¿Tenía su pareja 45 años de edad o más al momento de la concepción?	S	N
▶ ¿Nació usted o su pareja con un defecto o diferencia física al momento de nacer?	S	N
▶ ¿Nació alguno de sus hijos con un defecto o diferencia física al momento de nacer?	S	N
▶ ¿Está usted relacionada a su pareja por vínculos sanguíneos (i.e. primos)?	S	N
▶ ¿Tiene usted alguna ascendencia judía asquenazi?	S	N
▶ ¿Tiene su pareja alguna ascendencia judía asquenazi?	S	N
▶ ¿Ha tenido alguna prueba de detección de portadores?	S	N

**¿Es usted o su pareja portador de cualquiera de lo siguiente?**

▶ Fibrosis Quística	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Atrofia Muscular Espinal	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Enfermedad de Célula Falciforme	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Alfa Talasemia	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Beta Talasemia	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Síndrome Frágil de X	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Enfermedad de Tay Sach	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ ¿Alguna otra condición genética?	S	N	No se ha hecho la prueba

**¿Nació o fue diagnosticada tanto usted como su pareja, sus hijos o los hijos de su pareja, o cualquier otro miembro familiar en ambos lados (padres, hermanos, sobrinas, sobrinos, abuelos, tías, tíos, primos) con algo de lo siguiente? (Si la respuesta es Sí, especifique quién estuvo afectado)**

Condición	Relación	Condición	Relación		
▶ Síndrome de Down	S	N	▶ Falta de Cromosoma o Cromosoma Extra	S	N
▶ Discapacidades Intelectuales	S	N	▶ Síndrome Frágil de X	S	N
▶ Autismo / ASD	S	N	▶ Ceguera	S	N
▶ Pérdida del Oído	S	N	▶ Fibrosis Quística	S	N
▶ Atrofia Muscular Espinal	S	N	▶ Anemia de Célula Falciforme	S	N
▶ Alfa / Beta Talasemia	S	N	▶ Enfermedad de Tay Sach	S	N
▶ Distrofia Muscular	S	N	▶ Enfermedad de Huntington	S	N
▶ Enfermedad de Coagulación de la Sangre	S	N	▶ Enfermedad de Hemorragia	S	N
▶ Neurofibromatosis	S	N	▶ Espina Bífida / Anencefalia	S	N
▶ Hidrocefalia	S	N	▶ Defecto del Corazón	S	N
▶ Defecto Renal	S	N	▶ Enfermedad Renal Poliquística	S	N
▶ Anomalías Genitales	S	N	▶ Labio Leporino / Paladar Hendido	S	N
▶ Hernia Diafragmática	S	N	▶ Defecto de la Pared Abdominal	S	N
▶ Anormalidad del Brazo / Mano / Pie / Dedo de la mano / Dedo del pie	S	N	▶ Otro Defecto de Nacimiento	S	N
			▶ Otra Condición Genética	S	N

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas, por favor explique:

---



---



---