

Name:

Date of Birth:

Nuevo formulario de admisión

de obstetricia Último ciclo menstrual: _____ ¿Es desconocido, aproximado o definitivo?

Peso antes del embarazo: _____ Altura: _____

Alergias (medicamentos, suplementos, látex, alimentos): _____ Historial
médico/quirúrgico personal: _____

Enumere todos los medicamentos, suplementos, vitaminas y aceites que está tomando, con qué
frecuencia los toma y la cantidad que está tomando: _____

Historial de embarazo

¿Cuántas veces ha estado embarazada, incluidos abortos espontáneos, abortos inducidos,
embarazos tubáricos y muerte fetal?

Fecha	Semanas Embarazada	Longitud de Mano de obra	Nacimiento sexual	Peso	Epidural	Vaginal/ cesárea/ Vacio/ Fórceps	Viviendo Y/N	OMS/ Dónde Entregado	De bebe nombre	Complicaciones

¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas durante algún embarazo (encierre en un círculo): Parto prematuro Nacimiento prematuro Diabetes Presión arterial alta Preeclampsia Problemas de sangrado Problemas renales Convulsiones Anemia/niveles bajos de hierro Hemorragia Distocia de hombros Transfusión de sangre ¿Alguno de sus bebés se infectó con GBS (estreptococo del grupo beta) después del parto? Sí/No Alguna inquietud o preocupación: Sí/No Explique: _____

¿Tiene dolor? Sí/No ¿Sangrado? Sí/No
¿Le hacen pruebas de Papanicolaou? Sí/No ¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?
_____ ¿Aceptaría una
transfusión de sangre? Sí/No ¿Fuma cigarrillos? Sí/No Si es así, ¿cuántos y durante cuánto tiempo?
_____ ¿Fuma o ingiere marihuana/THC? Sí/No Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Bebe alcohol? Sí/No ¿Cuántas bebidas consumía por semana antes del embarazo?

Antecedentes de exposición a infecciones o
vacunación ¿Ha tenido alguna vez tuberculosis o ha estado expuesta a alguien con tuberculosis? Sí/
No ¿Le han diagnosticado a usted o a su pareja herpes labial o genital? Sí/No ¿Ha tenido sarpullido o
enfermedad viral desde su último período menstrual? Sí/No ¿Ha tenido alguna vez
SARM? Sí/No

¿Tiene usted o su pareja antecedentes de VIH? Sí/No

¿Tiene usted o su pareja antecedentes de hepatitis B o C? Sí/No

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes (marque todas las opciones que correspondan):

Gonorrea Clamidia Sífilis Verrugas genitales Enfermedad inflamatoria pélvica

¿Recibió la vacuna contra la varicela o contra la varicela cuando era niño? Sí/No/No estoy seguro _____

¿Recibió la vacuna contra la gripe esta temporada? (octubre - marzo): Sí/No/

¿Ha recibido alguna otra vacuna durante este embarazo?: _____

Historia genética

Marque con un círculo si usted, el padre del bebé o alguien de cualquier lado de la familia ha tenido uno de estos condiciones:

La edad del paciente es de 35 años o más al momento del parto.	Disautonomía familiar
Defecto cardíaco congénito	Corea de Huntington
Retraso mental / autismo	Enfermedad de Canavan
Enfermedad de células falciformes o rasgo (africano)	Hemofilia u otros trastornos de la sangre
Distrofia muscular	Fibrosis quística
Trastorno metabólico materno (es decir, diabetes tipo 1, PKU)	
Pérdida recurrente del embarazo o muerte fetal	

Síndrome de Down Si es así, ¿se le realizó a la persona una prueba para detectar el síndrome del cromosoma X frágil? Sí/No

Tay-Sachs (judío asquenazí, cajún, francocanadiense)

Talasemia (origen italiano, griego, mediterráneo o asiático): VCM < 60

Defecto del tubo neural (meningomielocelo, espina bífida o anencefalia)

Medicamentos (incluidos suplementos, vitaminas, hierbas o medicamentos de venta libre) ilícitos/recreativos

Drogas/alcohol desde el último período menstrual: _____

Otro trastorno genético o cromosómico hereditario no incluido en la lista: _____

El padre del paciente o del bebé tuvo un hijo con defectos congénitos no incluidos en la _____

lista anterior: ¿Está interesado en una prueba genética? Sí/No/Quiere saber más

Historia familiar

Por favor indique si su madre (M), padre (F), abuela materna (MGM), abuelo materno (MGF), La abuela paterna (PGM), el abuelo paterno (PGF) tiene cualquiera de los siguientes:

Cáncer de mama _____	Convulsiones/epilepsia _____
Cáncer de colon _____	Enfermedad de la tiroides _____
Cáncer de pulmón _____	Coágulos de sangre/Trastornos hemorrágicos _____
Otros tipos de cáncer _____	Ataque _____
Enfermedad mental _____	Colesterol alto _____
Alcoholismo _____	Nefropatía _____
Abuso de drogas _____	Hipertensión _____
Cardiopatía _____	Asma _____
Diabetes _____	

Enumere cualquier pregunta o inquietud que tenga para nosotros hoy.
