



Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Su estatura: _____ Su peso: _____ Peso antes del embarazo: _____

El primer día de su última regla: ____/____/____

La fecha supuesta de parto: ____/____/____

¿Ha tenido un sonogram (ultrasonido) durante este embarazo? Si No

¿Desea saber el sexo del bebé? Si No

¿Embarazo in vitro fertilización (IVF) o similar? Si No

Si tiene algunos problemas con este embarazo, descríbelo: _____

Historia Obstetrical (embarazos anteriores):

- Numero de todo embarazos
- Numero de embarazos terminos (>37w0d gestacion)
- Numero de embarazos prematuros (<37w0d gestation)
- Numero de embarazos ectopicos [] o abortos espontaneos [] o abortos inducidos []
- Numero de embarazos multiples (gemelos or trillizos)
- Numero de hijos vivos

Llena la información en el cuadro abajo para cada embarazo, empezando con el primero:

| Ano | Semanas (al termino = 40w) | Duracion de parto (horas) | Peso de nacimiento | Genero (M o F) | Tipo de parto (Vaginal vs. CESAREAN) | Lugar de nacimiento |
|-----|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¿Como describirias tu ascendencia (marca todos los aplicables)?

- Blanco Africano Hispano Asiatico _____ Medio Oriental
- Americano Nativo Judio Canadiense Frances Asiatico Indias Orientales Raza desconocida
- Otro _____

¿Como describirias tu ascendencia del padre este bebé (marca todos los aplicables)?

- Blanco Africano Hispano Asiatico _____ Medio Oriental
- Americano Nativo Judio Canadiense Frances Asiatico Indias Orientales Raza desconocida
- Otro _____

¿Son parientes de sangre tu y el padre de este bebé? (por ejemplo, primos)? Si No

¿Es el padre de este bebé tu pareja? Si No

¿Cual es la edad del padre de este bebé? _____ ¿ano de edad?



¿Cual es su ocupacion? _____

¿Ha tenido exposicion a?

Arena de gato Si No Rayos-X Si No Quimicos Si No

Fiebre Si No Infeccion Si No Erupcion Si No

Fuma Usted? Si No Si la respuesta es Si, cuento? _____

¿Has consumido algo droga (incluido cannabis or alcohol)? Si No ¿Cuales? _____

¿Has tomado medicamentos durante el ultimo ano? Si No

Si la respuesta es Si – describa Nombre del medicamento

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Sigues con este medicamento? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Historia quirurgica previa:

| Ano | Tipo de Operacion | Complicaciones | Lugar del Operacion? |
|-----|-------------------|----------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tipo de sangre: O A B AB Factor Rh: negativo positivo

ALERGIAS

Alergias a medicamento alguno?

Si No

Si la respuesta es Si, a que?

Otra alergias conocidas?

Si No

OTRO:

Historia de las siguientes condiciones o trastornos Personal Miembro de la familia (quien)



Mariposa Perinatal Services

Mladen Predanic, MD, MSc, FACOG
Maternal Fetal Medicine

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <i>Fiebre inexplicada</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Asma o otro problema de Pulmones (incluidos Fibrosis Quistica)</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Mummulo Cardiaco o otro Trastorno de Corazon</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Alta Presion de la Sangre</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Problemas Hepaticos</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Infecciones de la Vejiga or Renales, o Calculos Renales</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Diabetes (azucar en sangre alto)</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Problemas Tiroideos</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Otro Problemas Hormonales (endocrino)</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Epilepsia, Transtorno Convulsivo</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Jaqueca (Migrena) o Cefalea Histaminica</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Depresion o otro Problemas Psiquiatricos</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Problemas de la Piel</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Arthritis, Dolor de las Articulaciones</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Lupus (systemica) o otro Trastorno de Tejido Conectivo</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Historia de Fiebre Reumatico</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Historia de Tranfusiones de Sangre</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Historia de Coagulos Sanguineos or Tromboflebitis</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Defecto Cardiaco Congenito</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Thalasemia o Enfermedad Anemia Drepanocitica</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Defecto Tubarico Neural (como Spina Bifida o similar)</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Trastorno Genetico o Cromosomal Heradado</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Distrofia Muscular</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Autismo o Trastorne de Aprendizaje</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>Cancer de Mamos, Ovarico o de Colon</i> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <i>OTRO:</i> | | | | | _____ |

OFFICE USE ONLY

_____ years old, G _____ P _____ at _____ weeks gestation by 1st trimester ultrasound (not) confirmed EDD.
Significant LABs: _____

PROBLEM LIST:
