



**Women's Health Center OB Intake**  
**225 S. Union Blvd. 2nd floor**

Form # MED50 eng  
Form Date: 08/29/18

Name (Printed): \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Country of Birth: \_\_\_\_\_ Education Completed (years): \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Name of Father of the Baby (FOB): \_\_\_\_\_ Age of FOB: \_\_\_\_\_

Name of Support Person (Printed): \_\_\_\_\_

Have you had prenatal (pregnancy) care elsewhere?  Yes  No

If yes, when? \_\_\_\_\_

Since finding out you were pregnant, have you:

Had any visits to the Emergency Room (ER)?  Yes  No

Had any ultrasounds?  Yes  No

Is anything worrying you today?  Yes  No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you experienced any problems since you became pregnant?  Yes  No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please list allergies to medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please list current medication list: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pregnancy History**

First day of last menstrual period: \_\_\_\_\_

Was it normal?  Yes  No

Do you have a period every month?  Yes  No

Were you on birth control at conception?  Yes  No

How many:

Pregnancies: \_\_\_\_\_

Living Children: \_\_\_\_\_

Full-term deliveries (37+ weeks): \_\_\_\_\_

Premature deliveries (20-36 weeks): \_\_\_\_\_

C-section: \_\_\_\_\_

Vaginal delivery: \_\_\_\_\_

Multiples (twins): \_\_\_\_\_

Abortions: \_\_\_\_\_

Miscarriages: \_\_\_\_\_

Ectopic: \_\_\_\_\_

### Personal Pregnancy Record

1. DATE	2. WEEKS	3. HOURS IN LABOR	4. BIRTH WEIGHT	5. SEX	6. TYPE OF DELIVERY	7. ANESTHESIA	8. LOCATION	9. PRETERM LABOR (<36 wks)	10. COMPLICATIONS
1/1/2001	40	13	6.12	M	Vaginal	Epidural	UCH	No	N/A

### Patient's Health History

In the following chart below, please mark 'YES' or 'NO' if you have any disorders in the following areas. (This does not include family history or baby's father's history or baby's father's family history)

Disease	Yes	No	Disease	Yes	No
Diabetes			RH Negative		
High Blood Pressure			Pulmonary Disease (Tuberculosis/Asthma)		
Heart Disease			Seasonal Allergies		
Autoimmune Disorders			Breast Problems		
Kidney Disease/Urinary Tract Infections			Gynecological Surgeries		
Neurological Problems/Epilepsy			Operations/Hospitalizations		
Psychiatric Problems			Problems with Anesthesia		
Depression/Post-partum Depression			History of Abnormal Pap Smear		
Hepatitis/Liver Disease			Uterine Abnormalities/DES		
Varicosities/Phlebitis			Infertility		
Thyroid Dysfunction			Undergone Fertility Treatment		
History of Trauma or Violence			Patient Family History with Diabetes, Cancer, High Blood Pressure or Heart Disease		
History of Blood Transfusion					

<b>Questions: Mark 'Yes' or 'No'</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Do you live with someone with Tuberculosis (TB) or exposed to TB?		
Do you or a partner have a history of genital warts?		
Rash or viral illness since last menstrual period?		
History of Hepatitis B or C?		
History of sexually transmitted infection; HPV, Genital Warts, Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia or HIV?		
History of Methicillin Staphylococcus Aereus (MRSA)?		

In the following chart below mark either 'Yes' or 'No' if a family history is present in these areas. This includes the baby's father's family and your blood related family.	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Will you be 35 years of age or more at the time of delivery?		
Thalasemia		
Neural Tube Defects (Spina Bifida, Anencephaly)		
Congenital Heart Defects (major heart surgery at young age)		
Down Syndrome		
Tay-Sachs		
Canavan Disease		
Familial Dysautonomia		
Sickle Cell Anemia (disease or trait)		
Hemophilia or Blood Disorders		
Muscular Dystrophy		
Cystic Fibrosis		
Huntington's Chorea		
Mental Retardation/Autism		
Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorders		
Maternal Metabolic Disorders (PKU, Type I Diabetes)		
Patient or Father of Baby with Baby Born with Birth Defect		
Patient or Family History of 3 or more Miscarriages or 1 Stillbirth		



**Women's Health Center**  
**Formulario de ingreso a obstetricia**  
**225 S. Union Blvd. 2nd floor**

Form # MED50 SP  
Form Date: 08/29/18

Nombre (en imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años de educación completados: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Nombredelpadredelbebé: \_\_\_\_\_ Edad del padre del bebé: \_\_\_\_\_

Nombredelapersonadeapoyo(en imprenta): \_\_\_\_\_

¿Ha recibido atención prenatal (embarazo) en otro lugar?  Sí  No

If yes, when? \_\_\_\_\_

Desde que supo que estaba embarazada, ha:

¿Visitado la sala de emergencias (ER, en inglés)?  Sí  No

¿Le han realizado un ultrasonido?  Sí  No

¿Le preocupa algo el día de hoy?  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema desde que quedó embarazada?  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor enumere las alergias que tenga a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor enumere la lista de medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historial de embarazo

Primer día de su último período menstrual: \_\_\_\_\_

¿Fue normal?  Sí  No

¿Tiene un período todos los meses?  Sí  No

¿Estaba tomando anticonceptivos cuando quedó embarazada?  Sí  No

Cuántos:

Embarazos: \_\_\_\_\_

Niños vivos: \_\_\_\_\_

Partos a término (37 semanas o más): \_\_\_\_\_

Partos prematuros (20-36 semanas): \_\_\_\_\_

Cesáreas: \_\_\_\_\_

Partos vaginales: \_\_\_\_\_

Embarazos múltiples (gemelos): \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_

Abortos naturales: \_\_\_\_\_

Embarazos ectópicos: \_\_\_\_\_



<b>Preguntas: Marque 'Sí' o 'No'</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Vive con alguien con tuberculosis (TB) o que ha estado expuesto a la TB?		
¿Usted o su pareja tienen antecedentes de verrugas genitales?		
¿Sarpullido o enfermedad viral desde su último período menstrual?		
¿Antecedentes de hepatitis B o C?		
¿Antecedentes de infecciones de transmisión sexual; HPV, verrugas genitales, sífilis, gonorrea,		
¿Antecedentes de Estafilococo aureus resistente a la Meticilina (MRSA)?		

<b>En la siguiente tabla marque 'Sí' o 'No' si hay un antecedente familiar presente en Estas áreas. Esto incluye a la familia del padre del bebé y a la familia de sangre de usted.</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Tendrá 35 años o más al momento del parto?		
Talasemia		
Defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia)		
Defectos cardíacos congénitos (cirugía cardíaca mayor a una edad temprana)		
Síndrome de Down		
Enfermedad de Tay-Sachs		
Enfermedad de Canavan		
Disautonomía familiar		
Anemia falciforme (enfermedad o rasgo)		
Hemofilia o enfermedades de la sangre		
Distrofia muscular		
Fibrosis quística		
Enfermedad de Huntington		
Retraso mental/Autismo		
Otros trastornos hereditarios genéticos o cromosómicos		
Trastornos metabólicos maternos (Fenilcetonuria [PKU], Diabetes del tipo I)		
Bebé nacido de la paciente o el padre del bebé con defectos de nacimiento		
Antecedentes de la paciente o antecedentes familiares de 3 o más abortos naturales o 1 bebé nacido sin vida		