



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: _____

Preguntas: Marque 'Sí' o 'No'	Sí	No
¿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)?		

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.	Sí	No
¿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		