

ATLANTA PERINATAL CONSULTANTS
(CONSULTORES PERINATALES DE ATLANTA)
HISTORIA CLÍNICA Y CUESTIONARIO SISTEMÁTICO DE LA PACIENTE

Nombre de la paciente (Patient name): _____ Fecha (Date): _____

Primer día de la última menstruación (First day of last menstrual period): _____

Fecha anticipada del parto (Estimated due date): _____

Si el embarazo fue resultado de tratamientos de fertilidad, ¿qué método se utilizó? _____
(If pregnancy resulted from fertility treatments, what method?)

En caso de embarazo con óvulos donados, indique la edad de la donante (If donor egg pregnancy, age of donor): _____

¿Qué edad tendrá usted para la fecha del parto? (What will your age be on your due date?) _____

Indique el número de embarazos previos (Number of previous pregnancies): _____

Indique el número de (Indicate the number of):

- _____ bebés que nacieron antes de término (pre-term)
- _____ abortos naturales (miscarriages)
- _____ abortos provocados (abortions)
- _____ hijos vivos (living)

En relaciones anteriores (es decir con otra persona que no sea su pareja actual), ¿ha habido, sea de parte de usted o del padre del bebé, tres (3) o más abortos espontáneos o algún parto de feto muerto? **Sí** _____ **No** _____
(Had 3 or more losses or a stillbirth in a previous relationship?) **Yes** _____ **No** _____

Si es así, favor de explicar (If yes, explain): _____

¿Padece usted, el padre del bebé, o alguien de cualquiera de las dos familias, alguna de las siguientes afecciones?
(Are you or the baby's father, or anyone in either of your families affected by:)

- | | | | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| a. Espina bífida (columna abierta) o anencefalia (Spina bifida or anencephaly) | Sí _____ No _____ | g. Hidrocefalia (Hydrocephaly) | Sí _____ No _____ |
| b. Hemofilia (Hemophilia) | Sí _____ No _____ | h. Fenilcetonuria (PKU) | Sí _____ No _____ |
| c. Distrofia muscular (Muscular Dystrophy) | Sí _____ No _____ | i. Fibrosis quística (Cystic Fibrosis) | Sí _____ No _____ |
| d. Síndrome de Down (Down's Syndrome) | Sí _____ No _____ | j. Enfermedad de Tay Sach (Tay Sach's) | Sí _____ No _____ |
| e. Retraso mental (Mental retardation) | Sí _____ No _____ | k. Labio leporina o paladar hendido (Cleft lip or palate) | Sí _____ No _____ |
| f. Defecto cardíaco (Heart Defect) | Sí _____ No _____ | l. Pie deforme congénito o pie equino (Clubfoot) | Sí _____ No _____ |

¿Padece usted, el padre del bebé, o algún familiar, algún defecto de nacimiento, anomalía cromosómica o problema de salud heredado no mencionado arriba? (Any birth defect, chromosomal abnormality or inherited health problems not listed above?)
Sí _____ **No** _____ Si es así, favor de describirlo (If yes, describe): _____

¿Es usted o el padre del bebé de origen judío, francocanadiense o cajún? (Jewish, French Canadian, Cajun) **Sí** _____ **No** _____

Si es así, ¿le han hecho estudios a alguno de ustedes para detectar la enfermedad de Tay Sach? **Sí** _____ **No** _____
(Screened for Tay Sach's) **Yes** _____ **No** _____

Si es así, favor de indicar los resultados (If so, results): _____

¿Es usted o el padre del bebé de origen afroamericano o latino? (African-American or Latino) **Sí** _____ **No** _____

Si es así, ¿le han hecho estudios a alguno de ustedes para determinar si son portadores de células falciformes?
(Screened for sickle cell carrier status) **Sí** _____ **No** _____

Si es así, favor de indicar los resultados (results): _____

¿Es usted o el padre del bebé de origen italiano, griego, mediterráneo, taiwanés o filipino, o del sur de China? (Italian, Greek, Mediterranean, Southern Chinese, Taiwanese) **Sí** _____ **No** _____

Si es así, ¿le han hecho estudios a alguno de ustedes para detectar la talasemia? (Screened for thalassemia?) **Sí** _____ **No** _____

Si es así, favor de indicar los resultados (results): _____

¿Tienen usted y el padre del bebé algún tipo de parentesco (por ejemplo, son primos)? (Parents related?) **Sí** _____ **No** _____

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (Do you have...)

- | | | | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| a. Presión arterial alta (High blood pressure) | Sí _____ No _____ | e. Lupus (Lupus) | Sí _____ No _____ |
| b. Asma (Asthma) | Sí _____ No _____ | f. Enfermedad tiroidea (Thyroid disease) | Sí _____ No _____ |
| c. Diabetes (Diabetes) | Sí _____ No _____ | g. Antecedentes de coágulos sanguíneos (History of blood clots) | Sí _____ No _____ |
| d. Epilepsia (Epilepsy) | Sí _____ No _____ | | |

Si contestó que sí, favor de explicar (if yes, explain): _____

¿Toma bebidas alcohólicas? (Drink alcohol?) **Sí** _____ **No** _____ ¿Cuántas bebidas por semana? (Drinks/wk) _____

¿Fuma cigarrillos? (Smoke?) **Sí** _____ **No** _____ ¿Cuántos paquetes o cajetillas por día? (Packs/day) _____

Excluyendo el hierro y las vitaminas, ¿ha tomado algún medicamento o droga ilícita durante este embarazo? **Sí** _____ **No** _____

Si es así, favor de indicar qué medicamentos, en qué dosis y cuándo los tomó: _____
(List medications or drugs taken during pregnancy, dosage, and when taken)

¿Se le ha hecho algún examen con rayos X durante este embarazo? **Sí** _____ **No** _____ Especifique: _____
(X-ray exams during this pregnancy?)

Indique cualquier cirugía u operación que le hayan hecho: _____
(List any surgeries you have had)

Indique cualquier ALÉRGIA A MEDICAMENTOS que sepa que tiene: (no deje este espacio en blanco) _____
(List any known DRUG ALLERGIES)

Favor de describir sus hábitos de ejercicio físico: _____
(Describe your exercise habits)

Favor de explicar cualquier preocupación importante que tenga con respecto al embarazo, o a la historia médica de su familia, que no se haya mencionado anteriormente: _____
(Describe any major concerns not mentioned above)