

WomanCare

Prenatal Questionnaire

Nombre _____ WomanCare Office _____

Occupación _____

Religión _____ Raza _____ Estado Civil _____ Años de casada _____

Sus Respuestas Son Confidenciales.

1. Padre del bebé _____ Relación _____
2. Cuando fue el primer día de su último periodo? _____
3. ¿Estás segura de la fecha? Si No
4. Ha tenido algún sangrado o marchado? Si No
5. Cual es la fecha de concepción de este embarazo? _____ No estoy segura.
6. Tiene problemas nutricionales? _____
7. Si usted está en una dieta especial, cual es? _____
8. Si usted fuma, cuánto? _____ Cuántos años? _____
9. Si bebe alcohol, ¿qué tipo? _____ Cuanto en una semana? _____
10. ¿Usted o su pareja sexual han usado drogas? Si No Que tipo? _____
11. Alguno de ustedes se ha inyectado alguna droga? Si No Que tipo? _____
12. Liste cualquier problema médico desde que quedó embarazada: _____

13. Historial Médico y Familiar

Miembros de la familia son sus abuelos, papas, hermanos, hermanas, hijos o hijas.

	Usted	Su Familia	Quien
A. Problemas del corazón/Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
B. Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
C. Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
D. Tromboflebitis.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
E. Problemas pulmonares.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
F. Enfermedad del riñón.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
G. Cáncer.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
H. Convulsiones (epilepsia).....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
I. Diabetes.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
J. Enfermedad de la tiroides.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
K. Enfermedades transmitidas sexualmente, como gonorrea, sífilis, herpes, Sida, verrugas genitales o VIH positivo.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
L. Anemia.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
M. Problemas con los nervios, ansiedad o depresión.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
N. Problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
O. Abnormalidades del órgano femenino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
P. Defecto de nacimiento (como el syndrome de Downs, la distrofia muscular, Fibrosis quística, hemofilia).....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Q. Paralisis cerebral/retardo mental.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
R. Defecto del tubo neural (espina bifida, anencefalia).....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
S. Es usted Filipino, Italiano, Griego o Asiático?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
T. Vivió en África o Haití?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
U. Para las Afroamericanas ha tenido un examen de células Falciformes?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
V. Es usted o el padre del bebé Judío?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
W. Alguno de sus bebés al nacer han sido infectados?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
X. Ha tenido alguna vez un consejero profesional (psiquiátrico o psicológico)?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____

14. Si alguna vez ha tenido alguna cirugía o incluso ha estado en el hospital, por favor complete la siguiente información.

<u>Operación o la Hospitalización</u>	<u>Fecha</u>	<u>Médico/Hospital</u>

15. **Medicación:** Liste cualquier medicamentos que toma habitualmente. Incluye la prescripción y medicamentos de venta libre.

	<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Fecha Que Comenzo</u>	<u>Por Qué Razón</u>	<u>Médico</u>	<u>Tomadas Durante Este Embarzo</u>
A.						
B.						
C.						

16. **Alergias:** Si usted es alérgico a medicamentos, alimentos o plantas favor de llenar lo siguiente.

	<u>A que es alérgico?</u>	<u>Qué tipo de reacción tuvo?</u>
A.		
B.		
C.		
D.		
E.		
F.		

17. **En una amenaza de vida o emergencia médica, ¿estaría usted dispuesta a aceptar sangre o productos de sangre?** Si No

18. **Historial de Embarazos:**

Numero de Embarazos _____ Término _____ Pre-Término _____ Mal Partos/Abortos _____ Niños Que Viven _____

19.

No.	Fecha	Nombre	Lugar de Parto	Sexo	Semanas de Gestación	Peso	Tipo de Parto	Anestesia	Horas en Parto
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

20. Que problemas ha tenido en un embarazo o embarazos anteriores?
