



HISTORIA MÉDICA

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____
 Edad _____ Ocupación _____

Nombre del papa del bebe _____ Edad _____ Ocupación _____

Fecha de su último periodo menstrual (primer día) _____ Esta segura? _____

Información acerca de sus embarazos anteriores

Cuantos embarazos ha tenido? _____ Cuantos abortos? _____

Fecha de nacimiento	Meses de gestación	Duración de la labor de parto	Peso del bebe	Tipo de parto	Lugar de nacimiento	Anestesia Si o No	Sexo Niño o Niña

Tuvo alguna complicación en los embarazos anteriores? _____ (anemia, presión alta, diabetes, cerviz incompetente, parto prematuro, gemelos, hemorragia, placenta previa)

Que método anticonceptivo estaba utilizando antes de quedar embarazada? _____

A que edad le llego su primer periodo menstrual? _____ Cuantos días le dura? _____

Fecha de su ultimo papanicolao _____ Fue normal? _____

Sufre de alguna alergia?(penicilina u otra medicina) _____

Usted o alguno de su familia ha sufrido de las siguientes enfermedades o problemas (por favor señale)

Diabetes ___ Presión Alta ___ Ataque al corazón ___ Fiebre Reumática ___ Infecciones en los riñones ___ Epilepsia ___ Hepatitis ___ Problemas con el hígado ___ Asma ___ Cáncer ___

Problemas Mentales ___ Problemas con la glándula tiroides ___ Lupus ___ Depresión ___

Violencia domestica ___ Tuberculosis ___ Infertilidad ___ Problemas gástricos ___

Anemia ___

Ha tenido alguna transfusión de sangre? _____

Ha tenido alguna cirugía? _____

Si ___ No ___ explique _____

Tuvo alguna complicación con la anestesia? _____

Cuanto pesaba antes de estar embarazada? _____

Problemas actuales (por favor conteste si o no)

Dolor abdominal ___ Cambios en la visión ___ Dolor de cabeza ___ Mareos ___

Vomito ___ Nausea ___ Comezón en el cuerpo ___ Ardor al orinar ___ Flujo vaginal ___

Sangrado vaginal ___ comezón vaginal ___ Cansancio ___ Sueño ___

Fuma ___ Bebidas alcohólicas ___ Drogas ___

Que medicinas esta tomando actualmente? _____

Esta tomando vitaminas prenatales? _____

Ha estado en contacto con alguien que tenga, SIDA, hepatitis B, Tuberculosis, Gonorrea, Clamidia, Herpes Genital, sífilis, Papiloma Humano. (Encierre en un círculo.)

Tuvo alguna vez varicela (chickenpox), Rubéola, Sarampión? _____

Problemas Genéticos

En su familia o en la familia del papa del bebe, hay alguien con:

- Espina bifida _____
- Talasemia (Italianos, griegos, mediterráneos o asiáticos) _____
- Síndrome de Down _____
- Tay Sach's _____
- Hemofilia _____
- Distrofia muscular _____
- Enfermedad Fibroquística _____
- Defectos congénitos del corazón _____
- Retardo mental _____
- Autismo _____
- Desordenes genéticos _____
- Problema de Sickle Cell _____
- Ciegos, sordos, mudos _____
- Desorden metabólico maternal _____

Estilo de Vida (por favor conteste si o no)

Tiene gato _____ Tiene problemas alimenticios (anorexia, bulimia) _____ Hace ejercicios _____

Utiliza saunas o jacuzzis _____ Ha sufrido de abuso Sexual o físico _____

Este embarazo fue planeado? _____

Usted ha considerado hacerse la esterilización o ligadura de trompas, después de este embarazo?

Si _____ No _____