

Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

INFORMACION DE HISTORIA DE EMBARAZO

Antes de Embarazo: Altura _____ Peso _____	Embarazo Actual: Ultimo Periodo Menstrual _____	Embarazo Actual: Fecha Estimado de Embarazo _____
---	--	--

# Total de Embarazos	# de Nacimientos Plazo (>37 semanas)	# de Nacimientos Prematuros (<37 semanas)	# de Abortos	# de Abortos Involuntarios	# de Embarazos Ectópicos	# de Nacimientos Múltiples (gemelos, etc.)	# de Niños que Viven

#	Mes/Año	Semanas de Embarazo	Peso de Nacimiento	Sexo M/F	Tipo de Entrega (Vaginal, Cesárea, de Vacío, VBAC, D&C)	Lugar de Entrega	Comentarios/Complicaciones (diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, antes de termino el parto, etc.)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Por favor continúe en la parte posterior si embarazos anteriores >6.

HISTORIAL MEDICO

	S/N	En caso afirmativo, incluir fechas, el tratamiento, y el medico		S/N	En caso afirmativo, incluir fechas, el tratamiento, y el medico
Diabetes					Las Alergias a Medicamentos o Látex/ Reacciones
Hipertensión					Trastornos Gastrointestinales
Enfermedades del Corazón/Soplo					Anemia/Transfusión de Sangre
Infarto/Coágulos de Sangre/Embolia Pulmonar					Hepatitis/Enfermedad del Hígado
Enfermedad del Riñon / Infección del Tracto Urinario					Depresión/Ansiedad o Trastorno Psiquiátrico
Desorden Autoinmune					Historia de la Prueba de Papanicolaou Anormal
Neurológicos/ Convulsiones (Migrañas)					Pecho
Pulmonar (TB, Asma)					Anormalidades Uterinas
Disfunción de la Tiroides					Tratamientos de Fertilidad/Infertilidad

Para cualquier antecedentes familiares de Inter'es, por favor indique la enfermedad y la relación:

Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

HISTORIA QUIRÚRGICA

Cirugía General	Sí	No	Comentarios	Cirugía General	Sí	No	Comentarios
Amigdalotomía				LEEP			
Colecistectomía				Conizacion de Cuchillo Frio			
Apendectomía				Miomectomía			
Cirugía de Espalda				Histeroscopia			
Cirugía Gastrointestinal				Ooforectomía/Cistectomía			
Tiroidectomía				Salpingectomía			
Otro				Otro			

MEDICAMENTOS ACTUALES/FARMACIA PREFERIDA (incluyendo vitaminas y suplementos)

	Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia		Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia
1			4		
2			5		
3			6		
Preferred Pharmacy Name				Preferred Pharmacy Phone Number	

Por favor, utilice el reverso del formulario, si hay más de seis medicamentos .

HISTORIA SOCIAL

	Cantidad par Día, Antes del Embarazo	Cantidad par Día, Durante el Embarazo	Número de Años
Consumo de Tabaco			
Consumo de Alcohol			
Uso de Drogas Recreativas			

1	¿Tiene un tipo de alergia? ¿Y si, cuales?
2	¿Está usted en una dieta especial? ¿Y si, cual?
3	¿Ha estado en o está en una relación abusiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿Aceptaria productos de sangre en caso de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Ha estado expuesto a cualquier enfermedad infecciosa o haber tenido recientemente una erupción o fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA GENÉTICA

Historia Personal o Familiar	Sí	No	Relationship	Historia Personal o Familiar	Sí	No	Relationship
Mayores de >35 Años al Momento de Parto				Hemofilia o Otros Trastornos de la Sangre			
Thalassaemia (Italiano, Griego Mediterráneo o Asiatico) MCV <80				Distrofia Muscular/ Enfermedad Neuromuscular			
Defecto del Tubo Neural (Espina Bifida, Anencefalia a Meningocele)				Fibrosis Quística			
Defecto Cardíaco Congénito				Huntington's Chorea			
Síndrome de Down				Retraso Mental a Autismo (¿Y si, cual fueron probados para Fragile X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)			
Tay Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian)				Labia Leporina a Paladar			
Enfermedad de Canavan				Consanguinidad (relacion)			
Enfermedad de Célula Falciforme (African)				Otro Trastorno Cromosómico Heredado (no listado)			

CRIBADO GENTICO ¿Usted o su pareja tenía la prueba de portador a ha tenido alguna de las siguientes pruebas? Por favor marque:

	Tú	Compañero		Sí	No
Fibrosis Quística			Pantalla del Primer Trimestre		
Atrofia Muscular Espinal (AME)			ADN libre de células (Armonia, Panorama etc.)		
Frágil X			Muestreo vellosidades coriónicas (MVC)		
Otros Trastornos Geneticos			Amniocentesis (Amnio)		

¿Y si, que tido de exámenes y donde fue tratado?

¿Te gustaria alguna de las pruebas que estun listadas en la plata forma de arriba o que no aparece? Por favor, lista los exámenes:

¿Hay algo mas que quieres que cepamos que impacturia tu atencion medica?