

OBSTETRICIA – [REDACTED]

Translated by VMC/LS/GA 03-2017

1er día de su última menstruación: _____

Fecha de la prueba de embarazo: _____

Fecha del ultrasonido: _____

¿Tiene reglas regulares? Si No

Nombre del padre del bebé _____

Embarazos:*¿Cuántos...?*

Embarazos: _____

Partos: _____

Abortos
espontáneos: _____

Abortos: _____

Su doctor de cabecera

Nombre: _____ Clínica: _____

Medicamentos: _____

¿Está tomando vitaminas prenatales? Sí No

¿A qué es alérgica? _____

Farmacia que utiliza: _____

Fecha	Vaginal o cesárea	A término o Prematuro	Peso del bebé	Complicaciones (pre-eclampsia, diabetes, distocia del hombro, hemorragia)

¿Tiene algún problema médico?*(Enciérrelos en un círculo)*

Diabetes Alta presión

Problemas del corazón Del hígado

Problemas de los riñones De la tiroides

Asma Tuberculosis o prueba positiva

Depresión o Ansiedad Coágulos Cáncer

Otro: _____

Historial de Ginecología:

¿Ha tenido un Papanicolaou ANORMAL? Sí No

¿Una infección de transmisión sexual? Sí No

¿Recibió la vacuna del virus del papiloma humano? Sí No

¿Planea dar pecho a su bebé? Sí No

¿Qué método anticonceptivo le interesa? _____

Pastillas DIU Nexplanon Depo Condomes Ligadura de trompas

¿De qué le han operado?

1. _____

2. _____

¿Alguien en su familia tiene un defecto de
nacimiento? Sí No**Historial Social:** ¿Fuma? Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Tiene mascotas? Sí No

¿A qué se dedica? _____

¿Aceptaría usted una transfusión de sangre? Sí No