

CUESTIONARIO OBSTÉTRICO

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Fecha de hoy: _____

Las siguientes preguntas y respuestas nos ayudarán a determinar sus necesidades de atención de salud, y a evaluar y proporcionar servicios de cuidado de salud como sean necesarios.

1. ¿Tendrá usted 35 años de edad o más en la fecha prevista de parto? Sí o NO

2. ¿Tiene usted, el padre del bebé o un pariente cercano de cualquiera de los dos alguna vez alguno de los siguientes problemas médicos?

Síndrome de Down	Sí o NO
Autismo	Sí o NO
Otra anomalía cromosómica	Sí o NO
Defecto del tubo neural, ej. espina bífida (meningomielocele o espina abierta), anencefalia	Sí o NO
Hemofilia	Sí o NO
Distrofia muscular	Sí o NO
Fibrosis quística	Sí o NO
Anemia de células falciformes	Sí o NO
Síndrome del X frágil	Sí o NO
Cáncer de mama	Sí o NO

Si la respuesta es sí, indique el parentesco de la persona afectada con usted o con el padre del bebé:

3. ¿Usted o el padre del bebé tienen un defecto de nacimiento? Sí o NO
Si la respuesta es sí, ¿quién tiene el defecto y cuál es? _____

4. En alguna relación previa, ¿han tenido el padre del bebé o usted un bebé que ha nacido (muerto o vivo) con un defecto de nacimiento que no está listado en la pregunta #2 ? Sí o NO
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue el defecto y quién lo tuvo? _____

5. ¿Usted o el padre del bebé tienen algún pariente con retraso mental? Sí o NO
Si la respuesta es sí, indique el parentesco de la persona afectada con usted o con el padre del bebé. _____

6. ¿Tiene usted, el padre del bebé o un pariente cercano de cualquiera de los dos un defecto de nacimiento, un trastorno familiar o una anomalía cromosómica que no esté listada arriba? Sí o NO
Si la respuesta es sí, indique el trastorno y el parentesco de la persona afectada con usted o con el padre del bebé: _____

7. ¿Tiene usted diabetes? Sí o NO
8. En alguna relación previa, ¿han tenido usted o el padre del bebé un bebé nacido muerto o tres o más abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo?
 ¿Alguno de ustedes ha tenido un estudio cromosómico? Sí o NO
 Si la respuesta es sí, escriba quién y cuáles fueron los resultados: _____
9. Si usted o el padre del bebé son de origen judío, ¿a alguno de los dos Sí o NO
10. se le ha hecho un examen para la enfermedad de Tay-Sachs? Sí o NO
 Si la respuesta es sí, escriba quién y cuáles fueron los resultados: _____
11. Si usted o el padre del bebé son de origen italiano, griego o mediterráneo, ¿a alguno de los dos Sí o NO
 se le ha hecho pruebas para B-talasemia?
 Si la respuesta es sí, escriba quién y cuáles fueron los resultados: _____
12. Si usted o el padre del bebé son negros, ¿a alguno de los dos se le ha hecho pruebas para Sí o NO
 células falciformes?
 Si la respuesta es sí, escriba quién y cuáles fueron los resultados: _____
13. Si usted o el padre del bebé son de origen filipino o del sudeste de Asia, ¿a alguno de los dos se Sí o NO
 se le ha hecho pruebas para A-talasemia?
 Si la respuesta es sí, escriba quién y cuáles fueron los resultados: _____
14. Escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente incluyendo vitaminas y suplementos, de venta con o sin receta, desde que salió embarazada o desde su último período menstrual (incluya medicamentos herbales).

Escríbalos aquí:

EMBARAZOS ANTERIORES / ABORTOS ESPONTÁNEOS / ABORTOS

FECHA DE NACIMIENTO	DOCTOR/HOSPITAL	SEMANAS DE EMBARAZO	VAGINAL / CESÁREA	PESO AL NACER	SEXO M/F	COMPLICACIONES

- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- ¿Ha tenido algún embarazo resultante en un mortinato (un bebé nacido muerto)? Sí o NO

- ¿Alguno de sus embarazos se ha complicado por contracciones prematuras o un parto prematuro? Sí o NO
- ¿Alguno de sus partos ha requerido el uso de fórceps o extracción con ventosa? Sí o NO
- ¿Alguno de sus partos ha requerido episiotomía? Sí o NO
- ¿Ha tenido diabetes gestacional, hipertensión o pre eclampsia en alguno de sus embarazos? Sí o NO
- ¿Está interesada en la esterilización permanente? Sí o NO

ANTECEDENTES MENSTRUALES

- ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo menstrual? _____
- ¿Llegó a tiempo? _____ ¿El flujo fue normal? _____
- ¿Cuántos días transcurren entre el primer día de su periodo y el primer día de su siguiente periodo? _____
- ¿Cuál fue el último método anticonceptivo utilizado? _____
- ¿Cuándo dejó de usar métodos anticonceptivos? _____
- ¿Se ha hecho una prueba de embarazo? Sí/NO Fecha: _____ Lugar: _____
- ¿Este embarazo fue planeado? (marque la respuesta con un círculo) planeado/no planeado

PROBLEMAS CON EL EMBARAZO ACTUAL / ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL

- | | | |
|---|-------|------------------------------|
| 1. Náusea/ Vómitos | Sí/NO | ¿Qué tan seguido? _____ |
| 2. Sangrado vaginal/manchado | Sí/NO | ¿Qué tan seguido? _____ |
| 3. Cólicos/Contracciones | Sí/NO | |
| 4. Rayos X, ultrasonidos | Sí/NO | Motivo de tratamiento: _____ |
| 5. Fiebre o salpullido | Sí/NO | |
| 6. ¿Ha estado enferma desde que salió embarazada? | Sí/NO | |

ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque con un círculo: Sí o NO

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. Diabetes | Sí/NO | 12. ¿Su madre tomó hormonas mientas estaba embarazada? | Sí/NO |
| 2. Epilepsia | Sí/NO | 13. Complicaciones de la anestesia | Sí/NO |
| 3. Asma | Sí/NO | 14. Enfermedad de transmisión sexual | Sí/NO |
| 4. Enfermedad del corazón o soplo | Sí/NO | 15. Lupus, artritis o enfermedades musculares o articulares | Sí/NO |
| 5. Problemas emocionales | Sí/NO | 16. Úlceras o problemas estomacales | Sí/NO |
| 6. Infecciones del tracto urinario
problemas de riñón/vejiga | Sí/NO | 17. Papanicolau anormal | Sí/NO |
| 7. Transfusiones de sangre,
sangrado, tendencias, várices | Sí/NO | 18. Tuberculosis | Sí/NO |
| 8. Presión arterial alta | Sí/NO | 19. Problemas femeninos o ginecológicos | Sí/NO |
| 9. Varicela | Sí/NO | 20. Alergias a comidas o medicamentos | Sí/NO |
| 10. Último Papanicolau _____ | | 21. Coágulos | Sí/NO |
| 11. Cirugías, fracturas o conmociones
cerebrales | Sí/NO | 22. Anemia falciforme | Sí/NO |

ANTECEDENTES SOCIALES

1. ¿Usted fuma? SÍ/NO ¿Cuánto cada día? _____
2. ¿Está expuesta a humo de segunda mano? SÍ/NO
3. ¿Consume alcohol? SÍ/NO
4. ¿Alguna vez ha consumido drogas? (incluyendo actuales y pasadas) _____
5. ¿Tiene algún tatuaje? SÍ/NO
6. ¿Hasta qué grado de educación ha alcanzado? _____
7. ¿Cuál es su ocupación? _____ ¿Cuántas horas a la semana trabaja? _____
8. ¿Cuál es su origen étnico? _____
9. ¿Tiene una preferencia religiosa? SÍ/NO Si la respuesta es sí, ¿cuál religión? _____
10. ¿Cuál es su estado civil? **(marque la respuesta con un círculo)**

Casada	Soltera	Separada	Divorciada	Unión libre
--------	---------	----------	------------	-------------
11. ¿Está el padre del bebé participando en el embarazo? SÍ/NO
12. Nombre del padre del bebé: _____ Edad: _____ Raza: _____
Ocupación: _____
13. ¿Alguna vez ha sufrido de abuso físico o verbal? SÍ/NO
De ser la respuesta sí, ¿cuál es o fue la naturaleza del abuso? _____
14. ¿Alguna vez ha recibido consejería para el abuso? **(haz un círculo en la respuesta)** SÍ/NO o N/A

ANTECEDENTES FAMILIARES

Las siguientes preguntas son respecto a su padre, madre, hermanos, hermanas, tías, tíos, primos (en primer grado) y abuelos. Si su respuesta a alguna de las preguntas es sí, proporcione tanta información como sea posible.

DIABETES:
EPILEPSIA:
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN:
PRESIÓN ALTA:
ENFERMEDAD DEL RIÑÓN O VEJIGA:
TUBERCULOSIS:
GEMELOS O TRILLIZOS:
TRASTORNOS AUTOINMUNES:
COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA:
CÁNCER:
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICAS: