

Nombre _____ Fecha _____

1. ¿Cuándo fue el primer día de su último período? ____/____/____
2. ¿Es este tu primer embarazo? SÍ ____ NO ____ En **caso afirmativo**, vaya al número 3.
 ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo su embarazo actual)? _____
 ¿Cuántos hijos tiene? _____
 ¿Experimentó alguno de los siguientes problemas durante o después de sus embarazos anteriores?

_____ Transfusión de sangre	_____ restricción del crecimiento/bebé pequeño
_____ Cesárea	_____ Cuello uterino incompetente/cerclaje/necesidad de inyecciones de progesterona
_____ Porto con Fórceps/vacío	_____ Bebés de mas de 9 lbs
_____ Diabetes gestacional	_____ Embarazo molar
_____ dieta controlada	_____ Desprendimiento prematuro de placenta/sangrado anormal/hemorragia
_____ pastillas por vía oral	_____ Depresión después del parto
_____ insulina	_____ Parto prematuro antes de las 37 semanas
_____ Embarazo ectópico	_____ Distocia de hombro/clavícula rota/lesión en el brazo durante el parto
_____ Presión arterial elevada o convulsiones	_____ Muerte fetal

 ¿Alguna otra complicación que debemos conocer? _____
3. ¿Ha visto a un médico o ha estado en la sala de emergencias durante ESTE embarazo? SÍ ____ NO ____
 En caso afirmativo, ¿qué hospital? _____
4. ¿Es alérgico a algún medicamento? SÍ ____ NO ____ Nombre el medicamento y la reacción que la causa

5. Ponga una marca (✓) al lado de cualquier problema médico que tenga.

_____ Alcoholismo	_____ Herpes genital	_____ Convulsiones/epilepsia
_____ Asma	_____ Hepatitis	_____ Rasgo/enfermedad de células falciformes
_____ Coágulos de sangre en las piernas/pulmonares	_____ Presión arterial alta/hipertensión	_____ Derrame cerebral
_____ Depresión	_____ VIH	_____ Sífilis
_____ Drogadicción	_____ Problemas renales	_____ Problemas de tiroides
6. Haga una lista de los medicamentos que tome, incluya los medicamentos que debería tomar o que dejó de tomar recientemente debido al embarazo.

7. ¿Usted o el padre de su bebé o sus familias tienen alguno de los siguientes?

_____ Fibrosis quística	_____ Defectos cardíacos	_____ Rasgo/enfermedad Fibrosis de células falciformes
_____ Síndrome de Down	_____ Retardo mental	_____ Espina bífida

 Por favor, explique o enumere cualquier defecto de nacimiento que no esté en la lista.

8. Haga una lista de las cirugías que haya tenido. _____
9. ¿Tiene alguna objeción religiosa a una transfusión de sangre? SÍ ____ NO ____
10. ¿Cuántas dosis de la vacuna CONTRA el COVID-19 ha recibido? _____
11. ¿Qué farmacia le gustaría usar?? _____