

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERINATALES
PAGE 1 of 3

Este formulario se diseñó para ayudar a los perinatólogos y a su equipo de atención a abordar cuestiones de alto riesgo que pueden afectar su embarazo.

Si no desea que se converse sobre sus antecedentes en presencia de sus familiares o visitas en su habitación, indíquelo debajo.

| Sobre usted y su pareja: | Usted | Su pareja |
|----------------------------------|---|---|
| Nombre | | |
| Edad | | |
| Ocupación | | |
| Máximo nivel educativo alcanzado | | |
| Origen étnico | | |
| Religión | | |
| Raza | | |
| ¿Es adoptada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Tiene alguna molestia física el día de hoy? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

¿Está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha estimada del parto? _____

¿Se realizó alguna ecografía durante el embarazo fuera de St. Luke's? En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Historial de embarazos:

| Cantidad total de embarazos, incluido el actual | Cantidad de embarazos a término (≥ 37 semanas) | Cantidad de partos prematuros (< 37 semanas) | Cantidad de embarazos interrumpidos | Cantidad de abortos espontáneos | Cantidad de hijos vivos |
|---|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | | | | | |

Historial obstétrico: Enumere los detalles de cada embarazo a continuación. Si no recuerda algún detalle, puede proporcionar información estimativa. PARTOS QUE TUVIERON COMO RESULTADO UN NACIMIENTO CON VIDA:

| Día/mes/año del parto | Cantidad de semanas completas O a término/ prematuro (Puede proporcionar una estimación) | Peso del niño (si lo sabe) | Tipo de parto (vaginal o por cesárea) | Niño o niña | Complicaciones, como preeclampsia o hipertensión, diabetes, hemorragias, transfusiones de sangre, distocia de hombros, bebé pequeño, poco fluido, parto prematuro, ingreso a una Unidad de cuidados intensivos (ICU) o estancia del niño en una Unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU), etc. |
|-----------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|-------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ABORTOS ESPONTÁNEOS O INDUCIDOS (TERMINACIÓN DEL EMBARAZO) o MORTINATOS:

| Día/mes/año (puede proporcionar información estimativa) | ¿Cuán avanzado estaba el embarazo cuando ocurrió? (cant. de semanas o trimestres) | ¿Se trató de un aborto espontáneo, aborto inducido o mortinato? | ¿Se realizó una cirugía? | Si fue un aborto espontáneo o mortinato, ¿se determinó la causa? | Complicaciones o comentarios |
|---|---|---|--------------------------|--|------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Usted y su pareja son familiares? Sí No

Preguntas relativas a embarazos concebidos mediante fecundación in vitro: ¿Fecha de la transferencia? _____

¿Se utilizaron óvulos de una donante? Sí (edad: _____)

Cant. de embriones transferidos: _____

¿Se realizó un examen genético de preimplantación (PGS) o un diagnóstico genético preimplantacional (PGD)? Sí No

Edad del embrión al momento de la transferencia (5 días, etc.): _____

Nombre del endocrinólogo especialista en reproducción: _____



NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERINATALES
PAGE 2 of 3

Su historial médico: Marque "Sí" si tiene antecedentes personales (**SUYOS**) de las siguientes afecciones.

| Afección | | Detalles que considera importante compartir o analizar |
|---|---|--|
| Reflujo ácido que requiere medicación o úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Cirugía bariátrica (para la pérdida de peso) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Cáncer (no incluye resultados anómalos de pruebas de Papanicolaou) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Diabetes (preexistente o gestacional) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Defectos cardíacos, como problemas de las válvulas o agujeros | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Enfermedades cardíacas, como ataques cardíacos o problemas de arritmia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hemofilia o enfermedad de von Willebrand | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hepatitis B o C o VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Presión arterial alta (hipertensión) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Lupus, síndrome de Sjögren u otras afecciones autoinmunitarias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Enfermedades mentales (como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, intentos de suicidio) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Trastorno por consumo de opiáceos/adicción o sobredosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Infecciones de transmisión sexual en este embarazo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Cirugías distintas a cesáreas o cirugías bariátricas (enumere): | | |
| Problemas tiroideos (hipertiroidismo o hipotiroidismo) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene alguna otra afección que desee comentar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |



NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERINATALES
PAGE 3 of 3

| Historial de consumo de sustancias | Actualmente | Al comienzo del embarazo o anteriormente |
|--|---|---|
| ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? | | |
| ¿Consume productos de marihuana? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Consume analgésicos recetados, opiáceos o heroína, cocaína, metanfetamina u otras drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Bebe alcohol? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Medicamentos: Enumere los medicamentos que toma y las dosis. El personal del consultorio también actualizará su historia clínica con esta información.

Enumere sus alergias a medicamentos: _____

Historial familiar: Marque o escriba "Sí" si tiene antecedentes familiares de las siguientes afecciones. No importa si no sabe los detalles.

| Afección | Su familia (familiares de primer grado) | Su pareja o la familia de su pareja |
|---|---|---|
| Ascendencia judía asquenazí | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Defectos de nacimiento, como defectos cardíacos, espina bífida, labio leporino | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ceguera o sordera de nacimiento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer de mama, ovario o colon de aparición temprana (< 45 años) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Muerte de un niño en el primer año de vida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Síndrome de Down u otro problema de los cromosomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Afección genética o portador de fibrosis quística, enfermedad de células falciformes, talasemia, enfermedad de Tay-Sachs o atrofia muscular espinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hemofilia o enfermedad de Von Willebrand | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Preeclamsia o presión arterial alta (hipertensión) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Discapacidades intelectuales, como autismo o síndrome X frágil | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades mentales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno por consumo de opiáceos/adicción o sobredosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

