

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERINATALES

PÁGINA 1 de 2

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 discuta información específica frente a su compañero de habitación, indique con una estrella.**

Información Personal	
Ocupación:	Máximo nivel educativo alcanzado:
Origen étnico:	Raza:
¿Es adoptada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted y su pareja son familiares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene alguna molestia física el día de hoy? Sí No Si la respuesta es afirmativa, méncionelas: _____

¿Cuál fue el primer día (de sangrado) de su último período menstrual? _____ Si está embarazada, ¿cuál es la fecha probable de parto? _____

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

¿He padecido alguna enfermedad de transmisión sexual en este embarazo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál(es)? _____

Preguntas sobre embarazos concebidos mediante fecundación in vitro: Fecha de la transferencia: _____ ¿Su utilizó el óvulo de un donante? Sí (edad: _____)

Si no se utilizó un óvulo de un donante, ¿a qué edad recolectaron sus óvulos para la fertilización? _____

Cantidad de embriones transferidos: _____ ¿Se realizaron pruebas genéticas PGS o PGD? Sí No

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

Nombre del endocrinólogo especialista en reproducción: _____

Historial clínico y quirúrgico: Marque abajo si USTED tiene antecedentes de las siguientes enfermedades.		
<input type="checkbox"/> Depresión o enfermedades mentales	<input type="checkbox"/> Lupus o Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides (hipo o hipertiroidismo)
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (coágulos de sangre en el pulmón)	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque al corazón)
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria	<input type="checkbox"/> Consumo de opioides, adicción o sobredosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (coágulos en la pierna)	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme o rasgo drepanocítico
<input type="checkbox"/> Cáncer (no PAP anormal)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio (miniataque)
<input type="checkbox"/> Hemofilia o enfermedad de Von Willebrand	<input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Problemas o defectos en las válvulas cardíacas (no soplo)
<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales o reflujo ácido serio	<input type="checkbox"/> VIH/Sida	<input type="checkbox"/> Cirugía, que no sea bariátrica o una cesárea:
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso (cirugía bariátrica)	<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna otra afección que desee comentar?
<input type="checkbox"/> Síndrome antifosfolípido	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	

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

Mencione las alergias a medicamentos: _____

Antecedentes de embarazos:

Cantidad total de embarazos, incluido el actual	Cantidad de embarazos (>37 semanas) a término	Cantidad de embarazos (<37 semanas) antes de término	Cantidad de embarazos interrumpidos	Cantidad de abortos espontáneos	Cantidad de nacimientos con vida



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERINATALES

PÁGINA 2 de 2

Antecedentes obstétricos: 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:**

Fecha de parto	¿Cantidad de semanas completas O a término o antes de término? (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:

Fecha (Puede proporcionar una estimación) o estimación	¿Cuán avanzado estaba cuando esto sucedió? (cantidad de semanas o trimestres)	¿Fue 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

Antecedentes de consumo de sustancias	Actualmente	Antes del embarazo o de saber que estaba embarazada
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?		
¿Usa vaporizador o cigarrillo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Historial familiar/de la pareja:

Nombre de la pareja: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Máximo nivel educativo alcanzado: _____ ¿Es adoptado? Sí No

Marque si sus padres, hermanos, hijos anteriores o su pareja tienen antecedentes de lo siguiente:

Afección	Sus padres, hermanos o hijos anteriores	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
Coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer de mamas o de ovario de afección temprana (menor de 45 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Síndrome de Down u otro problema/síndrome cromosómico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Afección genética o 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	
Preeclampsia, toxemia o hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastorno por consumo, adicción o sobredosis de opiáceos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

