

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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.



CUESTIONARIO DE HISTORIA PERINATAL

Ocupación: _____	Origen étnico o 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
Máximo nivel educativo alcanzado: _____	

Si no desea que se trate cierta información delante de su persona de respaldo en la habitación, indique con una estrella.*)

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

¿Primer día (día que comenzó a sangrar) de su último período menstrual normal? _____ Si está embarazada, ¿cuál es la fecha probable de parto? _____

¿Se ha realizado algún ultrasonido durante este embarazo fuera de St. Luke? En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Preguntas correspondientes a embarazos concebidos por fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés): ¿Fecha de la transferencia? _____ ¿Se utilizó el óvulo de una donante? Sí (edad: _____) Si no se utilizó un óvulo de una donante, ¿a qué edad recolectaron sus óvulos para la fecundación? _____ Cantidad de embriones transferidos: _____

¿Se realizó mediante un cribado genético preimplantacional (PGS, por sus siglas en inglés) o un diagnóstico genético preimplantacional (PGD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Edad del embrión en el momento de la transferencia (5 días, etc.) _____ Nombre del endocrinólogo especialista en reproducción: _____

Su historia médica y quirúrgica: Tilde o marque con un círculo si en su historia clínica personal (de USTED) hay alguna de las siguientes afecciones

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias/adicción o sobredosis o Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca o Infarto de miocardio (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> Hemofilia (o enfermedad de Von Willebrand)	<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual durante este embarazo
<input type="checkbox"/> Problemas o defectos en las válvulas cardíacas (no soplo)	<input type="checkbox"/> Síndrome antifosfolipídico	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides (hipo o hipertiroidismo)
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Lupus o síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/> Cáncer (no PAP anormal)
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH, Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme o rasgo drepanocítico
<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1 o 2 o gestacional)	<input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales o reflujo ácido grave
<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico (PCOS, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Depresión u otra enfermedad mental	Cirugías:
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (coágulos en la pierna) o en el pulmón	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o hepática	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio ("miniataque")	

Historial de embarazos: Si no recuerda algún detalle, puede proporcionar información estimativa.

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

Partos que tuvieron como resultado un nacimiento con vida:

Fecha de parto	# Cantidad de semanas completas O a término o prematuro (Puede proporcionar una estimación)	Criatura Peso (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 o trabajo de parto prematuro, ingreso a una unidad de cuidados intensivos (ICU, por sus siglas en inglés) o estancia del niño en cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés), etc.

Abortos espontáneos s inducidos (terminación del embarazo) o mortinatos:

(Si necesita más espacio, escriba en la parte posterior de la página)

Fecha (Puede proporcionar una estimación) o aproximación	¿Cuán avanzado estaba cuando sucedió esto? (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

Uso actual de sustancias:

¿Cuántos cigarrillos de tabaco fuma por día? _____	¿Consume analgésicos recetados, opiáceos o heroína, cocaína, metanfetamina u otras drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa vaporizador o cigarrillo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consume productos de marihuana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre de su pareja: _____ Edad: ____ Ocupación: _____ Máximo nivel educativo alcanzado: _____ ¿Es adoptado? Sí No

Historia Familiar: Marque con una tilde si hay algún tipo de antecedentes de los siguientes en sus padres, hermanos o hijos anteriores o en su pareja.	Sus padres, hermanos o hijos anteriores	Su pareja
Ashkenazi Jewish ancestry	<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 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
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

Tenga en cuenta que su proveedor de tratamiento puede solicitar atención interprofesional (en equipo) o ciertas discusiones médicas en su nombre, incluidas consultas de discusión médica y revisión, lo que puede dar como resultado ciertos cargos adicionales al seguro, si corresponde.

