



Cuestionario Fetal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
 Nombre del conyuge/pareja: _____ Fecha estimada de aliviarse: ___/___/___ Gestacion actual: _____
 Ginecologo: _____ Hospital donde se va aliviar: _____
 Rason por la que fue referida: _____ Medicamentos actuales: _____
 Alergias algun medicamento: _____

Historial Medico

	Si	No		Si	No		Si	No
Diabetes			Higado (i.e. Hepatitis)			Ulceras		
Hipertension			Tiroides			Artritis		
Enfermedad de corazon			Convulsiones/epilepsia			VIH		
Asma/pulmon			Coagulos de sangre			Transfucion de sangre		
Rinon			Lupus			Trauma		
Depresion			Otro:					

Si contesto Si a cualquiera de las anteriores, porfavor explique: _____

Historial De Embarazo

Ano	Cuantas semanas	Nino/Nina	Peso	Vaginal or Cesarea	Indicaciones para Cesarea	Complicaciones

Historia Social

	Si	No		Si	No
Tobaco			Usa el cinturon de seguridad?		
Alcohol			Hace algun ejercicio?		
Drogas					

Se le realizaron pruebas geneticas prenatales o una amniocentesis? Si No Si si, cuales fueron los resultados? _____

Hay algun otro hallazgo fisico sobre la ecografia de su bebe? Si No Si si, porfavor explique: _____

Historial Familiar

	Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad de Corazon congenita			Defectos denacimiento			Perdida recurrente del embarazo		
Rasgo de celulas falciformes/enfermedad			Fibrosis quistica			Sindromes geneticos		
Defectos del tubo neural			Sindrome de Down			Diabetes		
Trastornos Autoinmunes			Lupus					

Nombre en Molde _____

Fecha _____

Firma _____