agina i ao o	riombio y apomao aoi paoio

Histo	ria clínica	a pers	onal					(	Explicaciones y Notas
1 D/	r fovor n	norau	o ouolau	ior condición de la	o cic	ujentes que tiene	o ha	tenido usted en el	
						le Explicaciones y			
	20. Expir	quo o		maroa on la colan		is Expiredeferree y			
( $)$	Enfermed	dad de	el (	Fiebre reumática	()	Hepatitis	()	Infecciones de la	
	corazón*			Asma		Úlcera péptica		vejiga o del riñón	
	Prolapso			Tuberculosis*		Hemorroides		Enfermedad de	
válvula mitral			Enfermedad del		Enfermedad del		los riñones*		
	Presión a		İ	pulmón / dificultad		intestino		Infección de la	
	Enfermed	dad de	e la	al respirar*		Diabetes*		pelvis Miomas	
	sangre	:		Epilepsia*		Desorden de la			
_	Tromboci	•		Depresión		tiroides*		Masa o tumor de cuello de la matriz	
	RH*			Problemas		Colágeno o lupus*		o de la pelvis*	
	Anemia			mentales o de los nervios		Artritis	<u> </u>	Quiste hidátide*	
	Anemia d	de célu	ula	Dolores de la		Infecciones		Herpes	
	falciforme	e*		cabeza		frecuentes		Chlamydia	
	Coágulo	de	$\bigcirc$					Gonorrea	
	sangre							Sífilis	
				ción y/o recomendación po o la experiencia del médic				)	
	umentación,				_ 40 00				
Sí	No	Exn	olique cua	lauier contestación	"Sí" h	ajo Explicaciones y l	Notas		
0.		2.	-	•		as mayores? Por fav			
		3.	-		-	o síntomas ahora? [			
			•	•		cina con receta o sir			
		''		or favor, haga una li					
		5.	¿En los	últimos meses recie	ntes,	ha estado usted cerd	ca de	una persona con	
			sarampio	ón (rubeola) o ha ter	nido u	sted temperaturas d	e 103	grados o más?	
		6.	¿Es uste	d alérgico a cualquie	er me	dicina o comida, o tie	ene a	lergias estacionales?→	
	- —	7.	¿Es irreg	jular su regla con fre	quen	cia? ¿Cuántos días l	hay e	n su ciclo menstrual?→	
		8. ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolau anormal?							
			¿Cuándo					O. Outada tua au	
		9.		do una conizacion d ueba de Papanicola		jica o un cerclaje ce	rvicai	?¿Cuando fue su	
	10. ¿Ha usado usted cualquier control de la natalidad (anticonceptivo) este año?								
	¿Qué tipo?								
	Si ha usado un DIU ¿Cuándo se le fue sacado?					<del></del>			
	Si ha tomado la píldora ¿Ha tenido efectos secundarios?								
	¿Cuándo para de tomarla?								
		11. ¿Alguna vez ha tenido problemas en salir embarazada?							
		Por favor, describa cuándo y qué tipo de tratamiento recibió? →							
		12.	12. ¿Alguna vez ha estado expuesto a la radiación, substancias químicas o DES, o le han hecho una radiografía durante este embarazo? Explique. →						
		_ 13. ¿Ha recibido alguna vez usted o el padre del niño una transfusión de sangre?							
	¿Ha usado drogas intravenosas [inyectadas]? ¿Ha tenido relaciones con un								
	hombre homosexual o bisexual, o ha tenido relaciones con una persona que cree usted que tiene VIH o CIDA? →								
		14.	4. ¿Fuma cigarillos? ¿Cuántos al día?						
		15.	15. ¿Toma alcohol? ¿Qué tipo, cuánto, cuán a menudo? →						
_		16. Ha usado alguna vez drogas de "recreo" (como, por ejemplo, cocaína, marijuana, etc) desde su última regla? Por favor, haga una lista →							
		17. ¿Ocurrió este embarazo por sorpresa?							
		1	_	•			con e	ste embarazo?	
		<ul> <li>18. ¿Te siente usted que necesite más apoyo emocional con este embarazo?</li> <li>19. ¿Te siente segura en su relación actual?</li> </ul>							
			_	ite mucho estrés en					
		21. ¿Está usted a cualquier tipo de dieta ? Por favor, descríbalo.→							

<b>D</b> /		_		_
Pác	ıına	5	ae	ь

Nombre	v anellido	del	paciente:

HIST	ΓORI.	A FAMILIAR Y CRIBADO GE	NETICO		Explicaciones y Notas
Sí	No	Explique cualquier contestación	"Sí" en la columna de Explicacio	ones y Notas. →	
	_	22. ¿Tendrá usted 35 años o m	ás para cuando espera el niño ?	•	
		23. ¿Es usted y el padre de niñ	o parientes consanguíneos?		
		<ul> <li>24. ¿Ha tenido alguna vez el pa</li> <li>Hepatitis o ictericia [piel a</li> <li>Una (ETS) enfermedad d gonorrea, chlamydia, etc.</li> <li>Herpes o picazón, úlceras</li> </ul>			
	_	<ul> <li>cualquier contestación "Sí"</li> <li>Síndrome de Down</li> <li>Defecto del tubo neural, pejemplo, anencefalia o es</li> </ul>	guientes condiciones? Por favor  Gemelos o trilliza  or Diabetes Problemas psicol Problemas psicol Retraso mental Abuso de alcoho Fibrosis quística Otro defecto con	r, explique os ógicos o psiquiátricos I o drogas	
—		26. ¿En cualquier relación prev	a, ha tenido usted o ha tenido e o vivo, con un defecto congénit	el padre del	
	_	27. En cualquier relación o casa padre del niño 3 o más péro trimestre o un niño nacido n	didas de embarazo espontáneas		
—		28. ¿Ha tenido cualquiera de lo Si sí, indique quién y los res			
		en busca de la enfermeda  Negra o afroamericana— prueba cribadora en busca Italiana, griega o meditera una prueba en busca de  Filipina o Asiáticos del su los dos una prueba en busca	y del padre del niño: a cualquiera de los dos una pru ad Tay-Sachs? ¿se le han hecho a cualquiera d a del rasgo de célula falciforme ánea—¿se han hecho a cualquie talesemia Beta? deste asiático —¿se han hecho	eba cribadora le los dos una ? era de los dos a cualquiera de	
	_	30. ¿Cree usted estar en riesgo defecto congénito o un problema		ebé con un	¿Recomendado para /asesoramiento genético?/
	_ 	31. 31¿Tiene algunas pregunta este embarazo? Por favor, expli	s o preocupaciones sobre su sa que →	lud o acerca de	Sí No
			Firma del paciente	fecha	
No.	otas A	*			Llame a (800) 944-0000 para pedir de nuevo laforma #1703
$\overline{}$				)	/ hamin na unaso igiottigi #170