



HISTORIA DE SALUD

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESPOSO/EPOSA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: (círculo) Soltera, Casada, Viuda, Divorciada, Separada

¿ESTÁS EMBARAZADA ACTUALMENTE? ☐ Sí ☐ No

¿ESTÁS PLANEANDO QUEDAR EMBARAZADA EN LOS PRÓXIMOS SEIS MESES? ☐ Sí ☐ No

¿QUIÉN ES SU MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA? _____

¿TIENES UN OB/GYN? ☐ Sí ☐ No Si sí (nombre) _____

¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE VISTE A UN MÉDICO Y PARA QUÉ? _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

- ☐ Neurológica/Epilepsia
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Diabetes
- ☐ Asma/pulmonar
- ☐ Hipertensión
- ☐ Cardiopatía
- ☐ Anemia
- ☐ Trastornos renales o vesicales
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Hepatitis/enfermedad hepática
- ☐ Varicosidades/flebitis/trastorno de la coagulación de la sangre
- ☐ Problemas digestivos
- ☐ Depresión u otra enfermedad mental
- ☐ Trastorno autoinmune/Lupus
- ☐ Esclerodermia
- ☐ Historia de transfusión de sangre
- ☐ Sensibilizado al Rh
- ☐ Infección por organismo resistente (i.e. MRSA, VRE)
- ☐ Otras condiciones:

☐ Hospitalizaciones (años y motivo)

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

(por favor indique quien tiene la condición)

- ☐ Neurológica/Epilepsia _____
- ☐ Tuberculosis _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Asma/pulmonar _____
- ☐ Hipertensión _____
- ☐ Cardiopatía _____
- ☐ Anemia _____
- ☐ Trastornos renales o vesicales _____
- ☐ Enfermedad de tiroides _____
- ☐ Hepatitis/enfermedad hepática _____
- ☐ Varicosidades/flebitis/trastorno de la coagulación de la sangre _____
- ☐ Problemas digestivos _____
- ☐ Depresión u otra enfermedad mental _____
- ☐ Trastorno autoinmune/Lupus _____
- ☐ Esclerodermia _____
- ☐ Historia de transfusión de sangre _____
- ☐ Sensibilizado al Rh _____
- ☐ Infección por organismo resistente (i.e. MRSA, VRE) _____
- ☐ Otras condiciones:

Comentarios del médico:

¿Cuántos embarazos en total has tenido? _____

EDD: _____ GA: _____

Sólo para uso de oficina

Enumere todos los embarazos anteriores en orden del primero al último. Incluir abortos espontáneos y abortos.

Año	Cuántas semanas/meses cuando nació	Duración del parto	Peso de nacimiento	Sexo M/F	Vaginal/Cesárea? Si la pérdida, tuviste una D&C?	Epidural o Espinal	Lugar de nacimiento	Trabajo prematureo (S/N)	Comentarios/Complicaciones

¿Cuál es el primer día de tu último ciclo menstrual? _____ (círculo) definida, aproximada, desconocida

- ☐ Sí ☐ No ¿Tienes algún problema con tu ciclo menstrual?
- ☐ Sí ☐ No ¿Tienes menstruaciones mensuales? Cada _____ días, duradera _____ días.
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha tenido un PAP anormal? Última fecha de PAP: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultad para quedar embarazada?
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido tratamiento por infertilidad?
- ☐ Sí ☐ No ¿Es esto un embarazo de IVF?
- Fecha de extracción de óvulos: _____ Fecha de transferencia de embriones _____ # de embriones _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez has tenido un aborto espontáneo? ¿Cuántas? _____ ¿Edad gestacional? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha tenido un parto prematuro? ¿Edad gestacional? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez le han dicho que tiene un útero de forma inusual? ¿Qué forma? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Se sometió a una cirugía en el útero, el cuello uterino, los ovarios o las trompas de Falopio? (círculo)
- ☐ Sí ☐ No ¿Tomó su madre la hormona DES durante el embarazo?
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez le han diagnosticado VPH, verrugas genitales, clamidia, herpes, gonorrea, sífilis, VIH/SIDA, otros? (círculo) ¿Cuando?: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha tenido una cesárea? ¿Cuántas? _____ ¿Qué tipo de incisión tienes? _____

HISTORIA QUIRURGICA

- ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha tenido una cirugía? Indicar cirugía y fecha: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido complicaciones con la anestesia? Lista: _____

Comentarios del médico: _____

GENÉTICA

¿Usted, su pareja o alguno de sus familiares tiene antecedentes de:

• Hemofilia u otros trastornos de la sangre • Talasemia (antecedentes italiano, griego, mediterráneo o asiático) • Enfermedad de Tay-Sachs • Enfermedad de Canavan • Enfermedad de células falciformes o rasgo • Distrofia muscular • Neurofibromatosis • Poliquistosis renal • Fibrosis quística • Corea de Huntington • Síndrome de Down • labio hendido o paladar hendido: _____ • Retraso mental/autismo: _____ • Defectos de nacimiento (columna vertebral, corazón, riñón): _____ • Otro trastorno genético o cromosómico heredado • Trastornos metabólicos maternos (diabetes tipo I, PKU) • Ceguera/sordera • ¿Ha tenido alguna prueba de detección de trastornos genéticos en el pasado? • ¿Es usted o su pareja de alguno de los siguientes orígenes étnicos? (círculo) Chino, taiwanés, indio asiático, paquistaní, filipino, isleño del Pacífico, sudeste asiático, italiano, griego, del Medio Oriente, español, portugués, judío, francocanadiense, cajún, afroamericano, afrodescendiente, puertorriqueño, caribeño, centroamericano.	☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo indique: TÚ ESPOSO/A
--	---

Si no es de uno de los anteriores, enumere el origen étnico aquí: _____

MEDICAMENTOS Y DROGAS

Alergias a medicamentos ☐ Sí ☐ Sin alergias a medicamentos conocidas

Lista de alergias: _____ Reacción: _____

Alergias alimentarias o ambientales: Lista: _____ Reacción: _____

Alergia al látex ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere la reacción _____

☐ Sí ☐ No ¿Está tomando algún medicamento recetado? **Indique el medicamento, la dosis y la frecuencia:** _____

☐ Sí ☐ No ¿Estás tomando vitaminas prenatales todos los días?

☐ Sí ☐ No ¿Está tomando ácido fólico adicional diariamente? En caso afirmativo, ¿qué dosis? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está tomando algún medicamento de venta libre, incluidas otras vitaminas, minerales, hierbas, remedios tradicionales, productos para bajar de peso o suplementos deportivos? Lista: _____

DIETA Y EJERCICIO

¿Cuál es su peso antes del embarazo? _____

¿Qué consideras un peso saludable para ti? _____

¿Qué tan alta eres? _____ ¿Cuánto pesas? _____

¿Cuál bebe? (círculo) café, té, refrescos de cola, leche, agua, otros refrescos/refrescos, otros: _____

☐ Sí ☐ No ¿Haces tres comidas al día?

☐ Sí ☐ No ¿Comes carne o pescado crudo o poco cocinado?

☐ Sí ☐ No ¿Comes quesos añejos?

☐ Sí ☐ No ¿Tiene problemas actuales/pasados con trastornos alimenticios?

☐ Sí ☐ No ¿Hacer ejercicio? Tipo: _____ Frecuencia: _____

ESTILO DE VIDA

☐ Sí ☐ No ¿Fuma cigarrillos o usa otros productos de tabaco? ¿Cuántos por día? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está expuesto al humo de segunda mano?

☐ Sí ☐ No ¿Bebes alcohol? ¿Qué tipo? _____ ¿Cuanta? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

☐ Sí ☐ No ¿Utiliza drogas recreativas, como cocaína, heroína, éxtasis, metanfetamina/hielo, otras? (círculo)
¿Cuanta? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Usada por última vez: _____

☐ Sí ☐ No ¿Ves a una dentista regularmente?

☐ Sí ☐ No ¿Vive cerca o trabaja con posibles peligros, incluidos químicos, rayos X u otra radiación, plomo, otros?
(círculo) Por favor explique: _____

☐ Sí ☐ No ¿Utiliza saunas o jacuzzis?

¿Qué tipo de trabajo hace usted? _____

¿Qué tipo de trabajo hace tu pareja? _____

☐ Sí ☐ No ¿Es aceptable una transfusión de sangre en una emergencia?

AMBIENTE EN EL HOGAR

☐ Sí ☐ No ¿Se siente apoyado emocionalmente en casa?

☐ Sí ☐ No ¿Cuenta con la ayuda de amigos o familiares si es necesario?

☐ Sí ☐ No ¿Sientes que tienes serias preocupaciones financieras/de dinero?

☐ Sí ☐ No ¿Tienes mascotas (perros, gatos, roedores, animales exóticos)? Por favor enumere _____

☐ Sí ☐ No ¿Estás en una relación estable?

☐ Sí ☐ No ¿Te sientes segura en casa?

☐ Sí ☐ No ¿Alguien lo amenaza o lo lastima físicamente? Si es así, ¿quién? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está actualmente en consejería por problemas relacionados con la violencia doméstica?

¿Cuáles son sus preocupaciones sobre el embarazo?

Comentarios del médico:

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

			Fecha
☐ Sí	☐ No	¿Alguna vez has tenido varicela?	_____
☐ Sí	☐ No	Vacuna contra la varicela (una vez si no es inmune)	_____
☐ Sí	☐ No	Refuerzo de tétanos-difteria (cada 10 años)	_____
☐ Sí	☐ No	Sarampión, paperas, rubéola (una vez si no es inmune)	_____
☐ Sí	☐ No	Virus del papiloma humano (una vez, de 9 a 26 años)	_____
☐ Sí	☐ No	Vacuna contra la hepatitis B	_____
☐ Sí	☐ No	Vacunas contra la influenza	_____
☐ Sí	☐ No	Vacuna para el COVID-19	_____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 2 semanas? *Para uso médico...*

☐ Sí	☐ No	Fiebre, escalofríos o fatiga	Constitutional	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Problemas de visión o dolor en los ojos.	Vision	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor de oído	ENT:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Palpitaciones o dolor en el pecho	Cardiovascular:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Tos, dificultad para respirar o secreción nasal	Respiratory:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Ardor o orinar frecuente, sangrado o secreción anormal	GU:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Diarrea o estreñimiento	GI:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Dolores musculares, dolores articulares	Musculoskeletal:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Entumecimiento o debilidad	Neuro:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Erupción o lesiones	Skin:	☐ Negative	☐ Positive
☐ Sí	☐ No	Pensamientos de suicidio, trauma reciente	Other:	☐ Negative	☐ Positive

Sólo para uso de oficina

Vital Signs: BP: _____ Pulse: _____

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Urine dip: Protein: _____ Glucose: _____