

NOMBRE y APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### Historia de Embarazos Pasados Past Pregnancies History

Fecha	Semanas	Horas de parto	Cesaria/Vaginal	Parto prematuro	Peso del bebé	Complicaciones

### Historial Médico Medical History

Por favor, liste los medicamentos que se está tomando ahora. Incluya los que compra sin receta. (current medications).

---



---

¿Se le han hecho a usted una mamografía? **Sí No** Si ha contestado que sí, ¿cuándo fue su última mamografía? \_\_\_\_\_ ¿Fueron los resultados normales? \_\_\_\_\_

Por favor, marque la condición o situación que le aplique a usted ahora o que le aplicara. (current or past conditions):

Anemia	Sí	No	Herpes	Sí	No	Depresión	Sí	No
Artritis	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No	Verugas venéreas	Sí	No
Asma	Sí	No	Clamidia	Sí	No	Enfermedad de riñones	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	Lupus	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Gonoreia	Sí	No	Sarampión	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Coagulos de sangre	Sí	No	Problemas de tiroides	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Infección de orina	Sí	No	Problemas con anestesia	Sí	No
Enfermedad de corazón	Sí	No	Hepatitis	Sí	No		Sí	No

### Historia Quirúrgico Surgical History

Lista todas las cirugías que le han hecho en su vida.

---

### Historia Social

¿Usa tabaco? (cigarrillos, puros, pipa) **Sí No** Si, sí ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
 ¿Usa alcohol? **Sí No** Si, sí ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
 ¿Usa drogas recreacionales? **Sí No** Si, sí ¿cuáles?: \_\_\_\_\_  
 ¿Trabaja con químicos o insecticida? **Sí No** Si, sí ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

### Historia Genética de la familia Family Medical History

Incluya a si misma, al padre del bebé, o indique qué miembro de su familia tiene estos problemas.

Problema	Sí	No	Problema	Sí	No
Usted tiene más de 35 años			Autismo, incapacidad mental		
Asiático, griego, mediterráneo			Trastorno heredado		
Espina bífida			Fenilketonuria		
Defecto congénito de corazón			Más de un aborto		
Síndrome de Down			Un niño muerto		
Defectos de tubos neurales			Corea de Huntington		
Fibrosis cística de páncreas			Distrofia muscular		