

Formulario obstétrico (Por favor imprimir)

Nombre _____ Fecha _____

1. ¿Cuándo fue el primer día de su último período? _____ / _____ / _____

2. ¿Es este tu primer embarazo? Sí No En caso afirmativo, vaya al número 3

¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo su embarazo actual)? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Experimentó alguno de los siguientes problemas durante o después de sus embarazos anteriores?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Transfusión de sangre | <input type="radio"/> Restricción del crecimiento/bebé pequeño |
| <input type="radio"/> Cesárea | <input type="radio"/> Cuello uterino incompetente/cerclaje/necesidad de inyecciones de progesterona |
| <input type="radio"/> Parto con Fórceps/vacío | <input type="radio"/> Bebés de más de nueve lbs |
| <input type="radio"/> Diabetes gestacional | <input type="radio"/> Embarazo molar |
| <input type="radio"/> Dieta controlada | <input type="radio"/> Desprendimiento prematuro de placenta/sangrado anormal/hemorragia |
| <input type="radio"/> Pastillas por vía oral | <input type="radio"/> Depresión después del parto |
| <input type="radio"/> Insulina | <input type="radio"/> Parto prematuro antes de las 37 semanas |
| <input type="radio"/> Embarazo ectópico | <input type="radio"/> Distocia de hombro/clavícula rota/lesión en el brazo durante el parto |
| <input type="radio"/> Presión arterial elevada o convulsiones | |
| <input type="radio"/> Muerte fetal | |

¿Alguna otra complicación que debamos conocer? _____

3. ¿Ha visto a un médico o ha estado en la sala de emergencias durante ESTE embarazo? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué hospital? _____

4. ¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No

Nombre el medicamento y la reacción que la causa _____

5. Ponga una marca (✓) al lado de cualquier problema médico que tenga.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Rasgo/enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas/pulmonares | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/hipertensión | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |

6. Haga una lista de los medicamentos que tome, incluya los medicamentos que debería tomar o que dejó de tomar recientemente debido al embarazo. _____

7. ¿Usted o el padre de su bebé o sus familias tienen alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Defectos cardíacos | <input type="checkbox"/> Rasgo/enfermedad Fibrosis de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Retardo mental | <input type="checkbox"/> Espina bífida |

Por favor, explique o enumere cualquier defecto de nacimiento que no esté en la lista. _____

8. Haga una lista de las cirugías que haya tenido. _____

9. ¿Tiene alguna objeción religiosa a una transfusión de sangre? Sí No

10. ¿Cuántas dosis de la vacuna CONTRA el COVID-19 ha recibido? _____

11. ¿Qué farmacia le gustaría usar? _____