

## Nuevo formulario de admision obstétrica (Por favor imprimir) Nombre

Fecha \_\_\_\_\_

- ¿Cuándo fue el primer día de su último período? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tu periodo es regular?  Sí  No Si no ¿con qué frecuencia viene? Cada \_\_\_\_\_ días
- ¿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 mas de nueve lbs
<input type="radio"/> Diabetes gestacional	<input type="radio"/> Embarazo molar
<input type="radio"/> Requiriendo pastillas	<input type="radio"/> Desprendimiento prematuro de placenta/sangrado anormal/hemorragia
<input type="radio"/> Insulina	<input type="radio"/> Embarazo ectópico
<input type="radio"/> Embarazo ectópico	<input type="radio"/> Presión arterial elevada o convulsiones
<input type="radio"/> Presión arterial elevada o convulsiones	<input type="radio"/> Depresión después del parto
<input type="radio"/> Muerte fetal	<input type="radio"/> Parto prematuro antes de las 37 semanas
	<input type="radio"/> Distocia de hombro/clavícula rota/lesión en el brazo durante el parto

  
¿Alguna otra complicación que debamos conocer? \_\_\_\_\_
- ¿Ha visto a un médico o ha estado en la sala de emergencias durante ESTE embarazo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿qué hospital? \_\_\_\_\_
- ¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No  
Nombre el medicamento y la reacción que la causa \_\_\_\_\_
- Ponga una marca (✓) al lado de cualquier problema médico que tenga.

<input type="radio"/> Alcoholismo	<input type="radio"/> Herpes genital	<input type="radio"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Rasgo/enfermedad de células falciformes
<input type="radio"/> Coágulos de sangre en las piernas/pulmonares	<input type="radio"/> Presión arterial alta/hipertensión	<input type="radio"/> Derrame cerebral
<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> VIH	<input type="radio"/> Sífilis
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Problemas renales	<input type="radio"/> Problemas de tiroides
<input type="radio"/> Drogadicción		
- Haga una lista de los medicamentos que tome, incluya los medicamentos que debería tomar o que dejó de tomar recientemente debido al embarazo. \_\_\_\_\_
- ¿Usted o el padre de su bebé o sus familias tienen alguno de los siguientes?

<input type="radio"/> Fibrosis quística	<input type="radio"/> Defectos cardíacos	<input type="radio"/> Rasgo/enfermedad Fibrosis de células falciformes
<input type="radio"/> Síndrome de Down	<input type="radio"/> Discapacidad intelectual	<input type="radio"/> Espina bífida

  
Por favor, explique o enumere cualquier defecto de nacimiento que no esté en la lista. \_\_\_\_\_
- Haga una lista de las cirugías que haya tenido. \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna objeción religiosa a una transfusión de sangre?  Sí  No
- ¿Qué farmacia le gustaría usar? \_\_\_\_\_