

CUESTIONARIO OBSTÉTRICO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Su profesión: _____

¿Cuál es su raza? (Marque todas las respuestas apropiadas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afro americana | <input type="checkbox"/> Hispana/Latina |
| <input type="checkbox"/> Judía del este de Europa | <input type="checkbox"/> Mediterránea (Italiana, Griega, Yugoslava, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Caucásica (Inglaterra, Irlanda, Alemania, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Caribe | <input type="checkbox"/> Islaña del Pacífico del Sur |
| <input type="checkbox"/> Franco-canadiense | |

¿Cuál es el nivel más alto que usted alcanzó en la escuela?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad |
| <input type="checkbox"/> Alguna secundaria | <input type="checkbox"/> Grado universitario |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato o equivalente | <input type="checkbox"/> Grado más avanzado (posgraduado) |

¿En qué hospital piensa tener su bebé?

HISTORIA DE ESTE EMBARAZO:

¿Cuándo fue el **primer** día de su última regla **normal**?

¿Cuándo fue la fecha de concepción (si la sabe)?

¿En los seis meses antes de que se embarazara, ¿tuvo las reglas...(Elija una respuesta)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Regulares, entre cada 28 y 31 días | <input type="checkbox"/> Regulares, con más de 31 días de intervalo |
| <input type="checkbox"/> Regulares, con menos de 28 días de intervalo | <input type="checkbox"/> Irregulares |

¿Cómo se le confirmó el embarazo? (Elija todas las respuestas apropiadas)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba de orina | <input type="checkbox"/> Examen de ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Prueba de sangre | |

¿Usted quedó embarazada por medio de la FIV (Fecundación in vitro)?

Si la respuesta es sí, ¿tuvo donante del huevo?

¿Edad de donante del huevo?

¿Cuál es su grupo de sangre?

¿Cuál es su peso regular cuando no está embarazada?

¿Cuál es su peso actual?

¿Cuál es su estatura?

¿Fuma cigarrillos **al presente**?

Yes No

¿Si la respuesta es sí, por favor, indique cuántos cigarrillos fuma al día?

¿Ha tomado bebidas alcohólicas durante este embarazo?

Yes No

¿Si la respuesta es sí, por favor, indique cuántos bebidas toma al día?

¿Ha tomado drogas callejeras como marihuana o cocaína durante el embarazo?

Yes No

¿Estaba usando cualquier tipo de hormonas o anticonceptivos en los dos o meses antes de que se embarazara?

Yes No

PREGUNTAS GENERALES MEDICAS Y DE SALUD:

¿Tiene alguno de los siguientes problemas o condiciones? (Marque todas las respuestas apropiadas)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes dependiente de insulina | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes no dependiente de insulina | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa (VIH, hepatitis B o C) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre o hemorragias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón, incluyendo prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |

HISTORIA OBSTETRICA:

¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo este embarazo)?

¿Cuántos niños ha tenido al término del embarazo (a las 37 semanas o más)?

Vivos Muertos

¿Cuántos niños ha tenido antes de 37 semanas de embarazo?

Vivos Muertos

¿Cuántos embarazos ha perdido?

Antes 14 semanas 15 - 23 semanas
24 - 36 semanas Más que 37 semanas

¿Cuántos abortos voluntarios ha tenido?

Antes de 14 semanas
Más que 14 semanas

¿Cuántos embarazos tubáricos o ectópicos ha tenido?

¿Ha tenido un bebé que pesó menos de 5 ½ libras (2250 gramos) al nacer? Yes No

¿Ha tenido un bebé que pesó más de 9 libras (3800 gramos) al nacer? Yes No

¿Ha tenido un embarazo múltiple (gemelos, trillizos, etc.)?

¿Cuál fue la moda de su último parto?

- Vaginal Parto vaginal después de una cesárea
 Cesárea

INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DE LA FAMILIA:

¿Cuál es el nombre del padre de su bebé?

¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre de su bebé?

¿Cuál es la raza del padre de su bebé? (Marque todas las respuestas apropiadas)

¿Tiene parentesco con el padre de su bebé distinto al matrimonio?

Yes No

Si contestó que sí, ¿qué parentesco tienen los dos (primos hermanos, primos segundos, hermanos, etc.)?