

NAME: _____ DOB: _____ ID: _____ MD: _____

FORMA COMPLETA TOTALMENTE – NO DEJE CUALQUIER ESPACIOS EN BLANCO

INFORMACION DE ADMISION INICIAL OB

Información sobre el padre del bebé:

(lista- problemas médicos como diabetes, hipertensión corazón, cáncer o cualquier problema médico importante)

Antecedentes de salud del padre del bebé _____

Padre del bebé historia familiar _____

Historial cirugía del paciente: (Lista en detalle)

Procedimientos/cirugías ginecológicas _____

Otros procedimientos/cirugías _____

Hospitalizaciones _____

Complicaciones de la Anestesia _____

Historia familiares del paciente:

Encierre en un círculo todo lo que corresponda (Designe a un miembro de la familia: madre, padre, hermano, hermana, abuelo-materno/paterno)

Hipertensión _____ Diabetes' _____ enfermedad cardíaca _____

Nefropatía _____ Cáncer de mama _____ cáncer uterino _____

Enfermedad respiratoria _____ Cáncer de colon _____ Otros cánceres _____

Cáncer de ovario _____ Depresión _____ Enfermedad tiroidea _____

Trastornos de peso _____ Endometriosis _____ Migrañas _____

Convulsiones _____ Cáncer de pulmón _____ Coágulos de sangre _____

Osteoporosis _____ Accidente cerebrovascular _____ Atención psiquiátrica _____

Otro Historial Médico _____

Historia social del paciente: (círculo uno)

Consumo de tabaco Sí No

Fumador actual algún

Ex fumador

Nunca fume

Exposición pasiva al humo

Consumo de drogas(actual/anterior): Sí No

Tipo de droga

Marihuana

PCP

Rx ilícita

Cocaína

Heroína

Otro _____

Uso de cafeína: Sí No

Consumo de alcohol: Sí No

Ejercicio regular: Sí No

Número de niños en casa: _____

Educación del paciente: _____

Último grado completado: _____

Ocupación: _____

Peso antes del embarazo: _____

Alergias del paciente: _____
(medicamentos, alimentos ambientales)

Historial médico anterior del paciente:

Diabetes _____ Comentarios: _____

Hipertensión (presión arterial alta) _____ Comentarios: _____

Enfermedad cardíaca _____ Comentarios: _____

Trastorno autoinmune _____ Comentarios: _____

Enfermedad renal/ITU _____ Comentarios: _____

Neurológico/Epilepsia _____ Comentarios: _____

Psiquiátrico _____ Comentarios: _____

Hepatitis/enfermedad hepática _____ Comentarios: _____

Varicosidades/flebitis _____ Comentarios: _____

Enfermedad de la tiroides _____ Comentarios: _____

Trauma/Violencia/Abuso Doméstico _____ Comentarios: _____

Transfusiones de sangre _____ Comentarios: _____

D (Rh) Sensibilizado _____ Comentarios: _____

Enfermedad pulmonar (pulmonar) _____ Comentarios: _____

Enfermedad de la mama _____ Comentarios: _____

Problemas ginecológicos _____ Comentarios: _____

Papanicolaou anormal _____ Comentarios: _____

Anomalía uterina (anomalía) _____ Comentarios: _____

Exposición DES Infertilidad _____ Comentarios: _____

Historial menstrual del paciente:

Último período menstrual (LMP) (fecha) _____

Menarquia (edad en que comienza a tener períodos) _____

Intervalo menstrual (cuántos días entre períodos) _____

Estaba tomando algún método anticonceptivo en el momento de la concepción _____

Historia de embarazo:

Gravida (¿Cuántas veces ha estado embarazada, incluso este embarazo? _____

Nacimientos a término (37-40 semanas) _____

Nacimientos prematuros (menos de 37 semanas) _____

Niños vivos _____

Partos múltiples (gemelos) _____

Partos vaginales _____

C/Sección _____

Abortos _____

Abortos electivos _____

Mortinatos _____

Ectopics _____

Intento previo de VBAC (parto vaginal después de una cesárea) _____

Consumo de medicamentos, drogas o alcohol desde el último período menstrual: Sí No

En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos recetados, OTC (de venta libre), incluidos los medicamentos recetados por los médicos de VWCA; drogas, y alcohol _____

NAME: _____ DOB: _____ ID: _____ MD: _____

FORMA COMPLETA TOTALMENTE – NO DEJE CUALQUIER ESPACIOS EN BLANCO

INFORMACION DE ADMISION INICIAL OB

Numere embarazos anteriores, abortos espontáneos, abortos electivos, ectópicos: (en orden de fecha)

DEBE COMPLETAR

Fecha de entrega	Semanas Gest.	Prematuros Trabajo	Entrega Tipo	Horas de trabajo	Tipo de anestesia	Entrega Ubicación	Sexo infantil	Nacimiento Wt.	Nombre	Comentarios

Historia genética:

Talasemia
 Defecto del tubo neural
 Defecto cardíaco congénito
 Síndrome de Down
 Tay-Sachs Sí No
 Enfermedad/rasgo de células falciformes
 Hemofilia
 Distrofia muscular
 Fibrosis quística
 Enfermedad de Huntington
 Retraso mental
 frágil x
 Otras enfermedades genéticas o cromosómicas
 Niño nacido con otro defecto de nacimiento
 Más de 3 abortos espontáneos
 Historia de la muerte fetal Sí No
 Edad del paciente mayor de 35 años

(círculo sí o no) Paciente Padre del bebé

Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____
 Sí No Comentarios: _____

Historial de riesgo de infección:

VIH/hepatitis B comportamiento de alto riesgo
 Hep B inmunizada
 Exposición a la TB
 Paciente con antecedentes de herpes genital
 Pareja sexual con antecedentes de herpes genital
 Antecedentes de ETS (GC, clamidia, sífilis, VPH)
 Enfermedad cutánea, viral o (fiebre) desde el último período menstrual
 Exposición a la arena para gatos
 Estado inmunitario de la varicela Hx de la vacuna inmunitaria contra la enfermedad
 Antecedentes de parvovirus (quinta enfermedad)
 Exposición ocupacional a niños Guardería de maestros Otros

(círculo sí o no)

Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No Tipo específico: _____
 Sí No
 Sí No
 Sí No

Exposición ambiental:

Exposición a rayos X desde LMP Sí No
 Exposición química o de otro tipo Sí No

Hospital de parto: Ciudadanos o DeTar (Círculo uno)

INFORMACIÓN COMPLETADA POR: _____ **FECHA:** _____