

Historia Obstétrica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha Hoy: _____

Historia Personal *(Por favor escriba la fecha si ha tenido problemas con cualquier de los siguientes.)*

El ultimo papanicolao	Cuagulos sanguineos/varicosas	Hepatitis / Ictericia
Papanicolao anormal	Problemas intestinales o el estómago / Ulceras	Presión alta / Derrame cerebral
Anemia / Transfusión de sangre	Cáncer	HIV/Herpes Genital
Reacción a la anestesia	Diabetes, clase 1 / clase 2	Infeccion de los reñones / Piedras nefriticas
Ansiedad / Depresión	Epilepsia / Convulsiones	Transplante de Órgano
Asma / Enfermedad crónica de los pulmones / Neumonía / Tuberculosis	Problemas del corazón / Soplo cardiaco / Fiebre reumática	Enfermedad de la tiroide

Cirugias *(toda cirugia previa - por favor marque lo necesario y fecha)*

Cirugia abdominal	Cesaria	Laparoscopia
Apendectomia	Operacion de vesicula	Otras cirugia pelvicas
Cirugia de los senos	Hernia	Otras cirugias

Medicinas que toma ahora

Nombre del Medicamentos	Dosis	Nombre del Medicamentos	Dosis

Alergias a medicamentos *(por favor nombrar y la reaccion que causan)*

Historia Familiar *(por favor marque lo necesario, y el familiar)*

Enfermedad	Familiar	Enfermedad	Familiar
Historia familiar de reacción de anestesia		Historia familiar alcoholismo	
Historia familiar de cuagulos de sangre		Historia familiar problemas del corazón	
Historia familiar cáncer de mamas		Historia familiar presión alta	
Historia familiar cáncer de colon		Historia familiar cáncer de los ovarios	
Historia familiar diabetes		Historia familiar derrame cerebral	

Historia Reproductiva

Edad en que empezó los periodos		Dias entre periodos	
El ultimo periodo		¿Son sus periodos regular?	

Historia Obstétrica

cont...

Historia Embarazos (Número)

Numero de embarazos	Embarazos de tiempo completo	Partos temprano
Abortos Espontáneos / Abortos	Embarazos ectopicos	Hijos(as) que viven

Historia Social

Raza	Religión	Estado civil
Ocupación	Ejercicio	Nivel de educación

(Por favor marque los que apliquen.)

<input type="checkbox"/> Usa tabaco <input type="checkbox"/> Uso de alcohol / drogas <input type="checkbox"/> Historia de enfermedades venéricas	<input type="checkbox"/> Expuesto enfermedades venéricas <input type="checkbox"/> Expuesto al HIV <input type="checkbox"/> Expuesto al abuso domestico	<input type="checkbox"/> Empezó su actividad sexual antes de 16 <input type="checkbox"/> A tenido mas de 5 compañero sexuales <input type="checkbox"/> A tenido una prueba positiva del HIV
--	--	---

Historia Obstétrica (Por favor marque si a tenido alguno de estos problemas)

<input type="checkbox"/> Historia de bebe fallecido <input type="checkbox"/> Historia de bebé admitido en cuidado intensivo <input type="checkbox"/> Much/poco fluido amniótico <input type="checkbox"/> Historia de problemas con bebe durante el parto <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Alta presión de embarazo	<input type="checkbox"/> Ha tenido cesarías? Cuantas? <input type="checkbox"/> Anticuerpos de Sangre <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> El bebe anterior peso mas de 9 libras <input type="checkbox"/> Diabetes Gestasional	<input type="checkbox"/> Placenta Previa <input type="checkbox"/> Abrupcion de placenta <input type="checkbox"/> Embarazos múltiples <input type="checkbox"/> Historia de Grupa B Strepa <input type="checkbox"/> Perdida de embarazos
---	--	--

Historia Genética de Familia

(Por favor marque se alguno el la familia del bebe tient algún problema.)

<input type="checkbox"/> Desorden genético de los nervios <input type="checkbox"/> Desordens de globulos rojos <input type="checkbox"/> Problemas de sangre <input type="checkbox"/> Problemas de nervios <input type="checkbox"/> Desorden intestinal y nutricional	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Emofilia <input type="checkbox"/> Espina bifida <input type="checkbox"/> Historia familiar de nacimiento sin cerebro	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Desorden Genético <input type="checkbox"/> Defectos de nacimientos <input type="checkbox"/> Historia familiar de nacimiento con agua en el cerebro
--	--	--

¿Ud. ha tenido varicela? si no Fecha de su más reciente período menstrual _____

Factores de riesgos prenatales (Por favor marque si tiene alguno de los siguientes.)

<input type="checkbox"/> La edad de la madre menos de 18 ó mas de 35 <input type="checkbox"/> Parto anterior antes de las 37 semanas <input type="checkbox"/> Abuso físico o emocional <input type="checkbox"/> Mas de 2 perdidas de embarazo que han requerido raspado	<input type="checkbox"/> de Raza Negra <input type="checkbox"/> Crujias en el Útero <input type="checkbox"/> Matriz incompetente <input type="checkbox"/> Historia de enfermedad veneria o herpes	<input type="checkbox"/> Pesa menos de 129 libras <input type="checkbox"/> Expuesto al DES <input type="checkbox"/> Usa Alcohol/Drogas o Tabaco <input type="checkbox"/> Malformacion del Útero
--	--	--

Repaso de Sistemas (Por favor circule si está teniendo problemas con cualquier de los siguientes.)

<input type="checkbox"/> Salud General <input type="checkbox"/> Ojos, Oidos, Nariz o Garganta <input type="checkbox"/> Senos <input type="checkbox"/> Corazón, Pecho o Pulmones	<input type="checkbox"/> Estómago, Digestión o Intestinos <input type="checkbox"/> Urinarios <input type="checkbox"/> Periodo Menstrual Anormal <input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Entumecimiento o Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Músculos, Huesos o Coyunturas <input type="checkbox"/> Problema de peso calores o perdida de cabello <input type="checkbox"/> Emociones
--	--	---

Historia Obstétrica

cont...

Detalle de embarazos *(embarazos previos comenzando con el primero)*

Fecha	Duración de Embarazo	Horas En Parto	Peso Al Nacer	Sexo	Tipo de Parto	Anestesia	Parto Temprano	Complicaciones / Comentario	Lugar de Nacimiento