

Historia Obstétrica de la Paciente (OB Patient History)

Fecha (Date): _____

Nombre de la Paciente (Patients Name): _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____ Edad (Age): _____

Referido por (Referred by): _____ Pediatra (Pediatrician): _____

Médico de Cabecera (Primary Care Provider): _____

Raza (Race): _____ Estado Civil (Marital Status) Soltera (Single) Divorciada (Divorced) Viuda (Widowed) Casada (Married)

Ocupación (Occupation): _____ Tiempo Completo (Full Time) Tiempo Parcial (Part Time) Desempleada (Unemployed) Estudiante (Student)

Lengua Materna (Primary Language): _____ Etnicidad (Ethnicity): _____

Nivel de Educación Completado: Preparatoria/Bachillerato (High School) Estudios Universitarios Parcialmente Cursados (Some college) Graduada Universitaria (College graduate)

Otro: _____ (Other)

CONTACTO DE EMERGENCIA (Emergency Contact)		
Nombre del Contacto (Contact Name)	Parentesco (Relation)	Número del Contacto (Contact Number)
	Esposo/Pareja (Husband/Domestic Partner)	
	Padre del Bebé (Father of Baby)	
	Otro (Other):	

EMBARAZOS ANTERIORES (Previous Pregnancies)	
Número Total de Embarazos (Total Number of Pregnancies)	
Término Completo (Full Term)	
Prematuro (Premature)	
Aborto Inducido (Induced Abortion)	
Aborto espontáneo (Spontaneous abortion)	
Embarazos Ectópicos (Ectopic pregnancies)	
Embarazos Múltiples (Multiple births)	
Hijos Vivos (Living Children)	

SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (Last menstrual period)
<input type="checkbox"/> Fecha Definitiva (Definite Date): _____
<input type="checkbox"/> Fecha Aproximada según su conocer: _____ (Approximate date known)
<input type="checkbox"/> Fecha desconocida (Date unknown)
¿Tomaba pastillas anticonceptivas al momento de la concepción? (On birth control pill at conception?)
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Menstruaciones Anteriores (Prior menses):
Frecuencia: cada _____ días (Frequency: every) (days)
Menarca (edad cuando comenzó): _____ (Menarche (age on onset))
La fecha en que tuvo una prueba de embarazo positiva: _____ (Date of positive pregnancy test)

¿Aceptaría una transfusión de sangre si fuera necesaria? (Are blood transfusions acceptable to you if needed?) Sí (Yes) No

¿Es usted alérgica al látex? (Do you have a latex allergy?) Sí (Yes) No

ALERGIAS A FÁRMACOS (Drug Allergies)

Nombre del Fármaco (Name of Drug)	Reacción (Reaction)	Nombre del Fármaco (Name of Drug)	Reacción (Reaction)

MEDICAMENTOS ACTUALES (primero los recetados y luego los que toma sin receta)

(Current Medications (prescription first then over the counter medications))

Nombre del Medicamento (Name of Drug)	Potencia (Strength)	Frecuencia (Frequency)

HISTORIA MÉDICA (marque todo lo que corresponde)

Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Sensibilizada al factor RH (D (RH) Sensitized)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Presión Sanguínea Elevada (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Pulmonar: Tuberculosis o Asma (Pulmonary: TB or Asthma)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Cardíaca (Heart Disease)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Alergias Estacionales (Seasonal allergies)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Trastorno Autoinmune (Autoimmune disorder)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Reacciones Alérgicas a Fármacos/Látex (Drug/Latex allergy reactions)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Renal/Infección de la vía urinaria (Kidney Disease / UTI)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Problemas con los Senos (Breast problems)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Problemas Neurológicos (Neurological issues)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Cirugía Ginecológica (GYN Surgery)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Epilepsia (Epilepsy)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Complicaciones debido a la Anestesia (Anesthetic complications)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Psiquiátrico (Psychiatric)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Antecedente de un Papanicolaou Anormal (History of abnormal pap)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Anomalías Uterinas (Uterine anomaly)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Depresión Postparto (Post partum depression)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Infertilidad (Infertility)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Hepatitis/Enfermedad del hígado (Hepatitis / liver disease)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Tratamiento para la fertilidad (TRA) (Fertility Treatment (ART))	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Varicosidades/Flebitis (Varicosities / Phlebitis)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Antecedentes Familiares Significativos (Significant Family History)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Disfunción Tiroidea (Thyroid Dysfunction)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Varicela (Chicken Pox)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Trauma/Violencia (Trauma / Violence)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Otro (Other)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Antecedentes de transfusión de sangre (History of blood transfusion)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No		

Si contestó Sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique aquí (Please explain any YES answers): _____

HOSPITALIZACIÓN/HISTORIA QUIRÚRGICA (Hospitalization/Surgical History)

Año (Year)	Razón (Reason)	Dónde (Ciudad/Estado) (Where (City/State))

USO DE SUSTANCIAS (Substances Used)

Nombre (Name)	Cantidad utilizada antes del embarazo (Amount used pre-pregnancy)	Cantidad utilizada durante el embarazo (Amount used while pregnant)	Años de Uso (Years used)
Tabaco (Tobacco)			
Alcohol (Alcohol)			
Drogas Ilícitas/Recreacionales (Illicit/Recreation Drugs)			

PRUEBAS GENÉTICAS DE DETECCIÓN (Genetic Screening)

¿Ha tenido la paciente o el padre del bebé un niño/a con defectos congénitos? (Has patient or baby's father had a child with birth defects?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted pérdidas recurrentes de embarazos o partos de un bebé muerto? (Have you had recurrent pregnancy loss or stillbirth?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Ha tomado usted medicamentos (incluyendo suplementos, vitaminas, hierbas o fármacos de venta libre, drogas ilícitas/recreacionales o alcohol) desde su última menstruación? (Have you taken medications (including supplements, vitamins, herbs or OTC drugs/illicit/recreational drugs or alcohol) since your last menstrual period?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No

Si contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique aquí (Please explain any YES answers): _____

ANTECEDENTES DE INFECCIÓN (Infection History)

¿Vive usted con alguien o ha estado expuesto a alguien con tuberculosis? (Do you live with someone or have you been exposed to someone with tuberculosis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted o su pareja antecedentes de herpes genital? (Do you or your partner have a history of genital herpes?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted algún sarpullido o enfermedad viral desde su última menstruación? (Have you had a rash or viral illness since your last menstrual period?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido diagnosticada con Hepatitis B o C? (Have you ever been diagnosed with Hepatitis B or C?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted antecedentes de cualquier de los siguientes? (Have you had a history of) :	
Enfermedad Transmitida Sexualmente (STD) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No Gonorrea (Gonorrhea) : <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	
Clamidia (Chlamydia) : <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No El Virus Papiloma Humano (HPV): <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (HIV) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No Sífilis (Syphilis): <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	
Otro (Other) :	

History reviewed by: _____ Date: _____