

## Formulario de

## Historia

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre de Ginecólogo \_\_\_\_\_ Registros médicos # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Su edad a tiempo de dar a luz: \_\_\_\_\_

Alérgica a : Medicamento?  Si  No Si, a que medicamentos \_\_\_\_\_

Tiene alergia al látex?  Si  No

Los medicamentos actuales y Dosis: \_\_\_\_\_

El motivo por el cual necesita el ultrasonido: \_\_\_\_\_

Los problemas en este embarazo \_\_\_\_\_

El último periodo menstrual \_\_\_\_\_ fecha de dar a luz que le dio su medico \_\_\_\_\_

Ultrasonido anteriores de este embarazo. Cuando/Donde \_\_\_\_\_

### Proporcione la información siguiente acerca de sus entregas anteriores:

Fecha de entrega Mes/Año	Cuántas semanas tenía a tiempo de dar a Luz?	El peso del bebe?	Parto vaginal o cirugía	Complicaciones o Anormalidades

### HISTORIAL DEL PACIENTE

¿Cuántos embarazos ? Favor de Incluir este embarazo , abortos involuntarios o abortos? G\_\_\_\_\_

¿Cuántos partos prematuros ha tenido (antes de las 37 semanas)? P\_\_\_\_\_

¿Cuántos partos ha tenido (después de las 37 semanas)? T\_\_\_\_\_

¿Cuántos abortos involuntarios o abortos ha tenido? A\_\_\_\_\_

¿Cuántos niños de todos sus embarazos viven actualmente? L\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un embarazo tubárico (ectópico)? Si, cuántas? \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Marque la casilla apropiada si ha tenido lo siguiente :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> La presión arterial alta en el embarazo | <input type="checkbox"/> Desorden sangrante              | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> Presion                                 | <input type="checkbox"/> Fugas de fluido                 | <input type="checkbox"/> Anemia               |
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal                        | <input type="checkbox"/> La preeclampsia                 | <input type="checkbox"/> Lupus                |
| <input type="checkbox"/> Descarga anormal                        | <input type="checkbox"/> Calambres                       | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA           |
| <input type="checkbox"/> La muerte de un niño                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón            | <input type="checkbox"/> Asthma               |
| <input type="checkbox"/> Bebé de más de 9 libras                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón          | <input type="checkbox"/> Hepatitis            |
| <input type="checkbox"/> Bebé de menos de 5 libras               | <input type="checkbox"/> La enfermedad mitral            | <input type="checkbox"/> Fuma                 |
| <input type="checkbox"/> Tipo 1 diabetes                         | <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Alcohol              |
| <input type="checkbox"/> Tipo 2 diabetes                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme | <input type="checkbox"/> Drogas recreativas   |
| <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea                  | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre              |   |

- Defectos de retraso mental o Síndrome de Down en sus antecedentes familiares

**La información que he proporcionado sobre mi historial médico es exacta al mejor de mi conocimiento:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor médico

\_\_\_\_\_  
Fecha