



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 alérgia 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