



Historial Formulario

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:

Table with 5 columns: Fecha de entrega Mes/Año, Cuantas semanas tenia 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 :

- List of medical conditions with checkboxes: La presión arterial alta en el embarazo, Desorden sangrante, Diabetes gestacional, Presion, Fugas de fluido, Anemia, Sangrado vaginal, La preeclampsia, Lupus, Descarga anormal, Calambres, VIH / SIDA, La muerte de un niño, Enfermedad del riñón, Asthma, Bebé de más de 9 libras, Enfermedad del corazón, Hepatitis, Bebé de menos de 5 libras, La enfermedad mitral, Fuma, Tipo 1 diabetes, Convulsiones, Alcohol, Tipo 2 diabetes, Enfermedad de célula falciforme, Drogas recreativas, Alta presion sanguinea, 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 \_\_\_\_\_