

Cuestionario
MATERNIDAD

(Debe ser completado por la solicitante)



INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

1. Nombre _____ 2. Apellido _____
3. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
4. Peso (Kg/Libra) _____ 5. Altura (M/Ft) _____
6. IMC _____ 7. Grupo Sanguíneo _____
8. Fumadora Cuantos/Día _____ Desde (AAAA) _____ Hasta (AAAA) _____
9. Presión Arterial _____

CUESTIONARIO

Antecedentes Obstétricos:

10. Número de Embarazos _____
11. Parto Natural _____
12. Cesáreas _____
13. Abortos _____ Espontaneos _____ Provocados _____
14. Partos prematuros _____
15. Partos complicados _____
16. Niños con complicaciones perinatales _____
17. Niños con enfermedades congénitas _____
18. Por favor explique en detalles las respuestas afirmativas:
- _____
- _____

19. Historial médico personal

A) ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?

- Enfermedades congénitas o hereditarias Si No
- Diabetes Cáncer Enfermedades Hematológicas Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Renales Enfermedades Endocrinas
- Otros _____
- Curetaje Cirugías Biopsias de Útero Ovarios Trompas de Falopio Vagina Mama
- Otros _____

Cuestionario
MATERNIDAD

(Debe ser completado por la solicitante)



CUESTIONARIO - Continuación -

19. A) Infertilidad Trastornos Menstruales Endometriosis
- Otros _____
- Embarazos Múltiples Eclampsia/Preeclampsia Embarazo Ectópico Incompatibilidad del Tipo de Sangre
- Otros _____
- Complicaciones del parto o del embarazo o enfermedades no mencionadas anteriormente

Por favor explique en detalle todas las respuestas afirmativas (fechas, diagnóstico, tratamientos, nombre del médico e información de contacto)

20. Antecedentes médicos familiares

¿Hay antecedentes en su familia de?

- Enfermedad congénita Sí No
- Enfermedad hereditaria Sí No
- Diabetes Tipo 1 Sí No
- Enfermedad del corazón Sí No
- Embarazos múltiples o complicados Sí No
- Partos complicados Sí No

Por favor explique en detalle todas las respuestas afirmativas

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

LOS MATERIALES INCLUIDOS SON PROPIEDAD PRIVADA Y CONFIDENCIAL DEL REMITENTE, Y SON COMUNICACIONES PRIVILEGIADAS ÚNICAMENTE PARA LA RECEPCIÓN, USO E INFORMACIÓN SOBRE EL DESTINATARIO INDICADO ANTERIORMENTE. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO, LE INFORMAMOS QUE CUALQUIER REVISIÓN, DIVULGACIÓN, REPRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN O TOMA DE CUALQUIER ACCIÓN BASADA EN EL CONTENIDO DE ESTA TRANSMISIÓN ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDA Y PUEDE RESULTAR EN RESPONSABILIDAD LEGAL POR SU PARTE. ESTA COMUNICACIÓN PUEDE SER OBJETO DE UN PRIVILEGIO LEGAL. EL RECIBO POR PARTE DE ALGUIEN QUE NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO NO ES UNA RENUNCIA A NINGÚN PRIVILEGIO. SI HA RECIBIDO ESTE MATERIAL POR ERROR, NOTIFIQUE AL REMITENTE AL NÚMERO DE TELÉFONO PROPORCIONADO Y DESTRUYA LOS MATERIALES.

LA INFORMACIÓN DE SALUD ES PERSONAL, SENSIBLE Y SOLO DEBE SER LEÍDA POR UNA PERSONA AUTORIZADA. LA VIOLACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ SUJETA A SANCIONES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

