

QUESTIONÁRIO PRÉ-NATAL

Nome do paciente: _____ Date de Hoje: _____

Você terá 35 anos ou mais no momento do parto? Sim Não

¿Ha tenido complicaciones previas en embarazos pasados? Sim Não

Explique:

¿Eres tú o el padre del bebé . . .

Ascendencia judía de Europa del Este? Sim Não

Ascendencia afroamericana? Sim Não

¿Hay alguien en ti o en la familia del padre de tu bebé con . . .

Anemia hereditaria (talasemia) Sim Não

Espina Bífida o anencefalia? Sim Não

Problemas cardíacos congénitos? Sim Não

Síndrome de Down? Sim Não

Tay sachs o Canavan? Sim Não

¿Enfermedad o rasgo de células falciformes? Sim Não

Hemofilia o trastorno de la sangre? Sim Não

Distrofia muscular? Sim Não

Fibrosis quística? Sim Não

Retraso mental / autismo? Sim Não

Otros trastornos hereditarios o genéticos? Sim Não

¿Has tenido tres o más abortos espontáneos? Sim Não

¿Se usaron medicamentos para la fertilidad en este embarazo? Sim Não

¿Ha tenido problemas de tipo sanguíneo en un embarazo anterior?	Sim	Não
¿Alguna vez ha sido tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual? En caso afirmativo, describa:	Sim	Não
<hr/>		
¿Fumas?	Sim	Não
¿Usas drogas recreativas?	Sim	Não
¿Usas alcohol?	Sim	Não
¿Has estado expuesto a químicos o sustancias tóxicas?	Sim	Não
¿Alguna vez ha tenido coágulos de sangre o flebitis?	Sim	Não
¿Alguno de los miembros de la familia ha tenido coágulos de sangre?	Sim	Não
¿Eres vegetariana o tienes alguna deficiencia nutricional?	Sim	Não
¿Has tenido una bebé muerta?	Sim	Não
¿Pesas más de 200 libras?	Sim	Não
¿Has tenido infecciones recurrentes del tracto urinario?	Sim	Não
¿Ha tenido un parto prematuro previo?	Sim	Não
¿Alguna vez ha tenido un cuello uterino incompetente?	Sim	Não
¿Tienes algún problema cardíaco?	Sim	Não
¿Toma antibióticos cuando tiene trabajo dental?	Sim	Não
¿Alguna vez ha sido rechazado como donante de sangre?	Sim	Não
¿Alguna vez ha tenido enfermedad hepática o ha vivido con alguien con Hepatitis B?	Sim	Não
¿Tienes o cuidas un gato o un pájaro exótico?	Sim	Não
¿Alguna vez ha tenido problemas de sangrado o coagulación?	Sim	Não
¿Alguna vez ha tenido colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn?	Sim	Não
¿Has sido víctima de violencia doméstica o sexual?	Sim	Não
¿Tienes antecedentes de depresión?	Sim	Não
¿Tiene antecedentes de depresión posparto?	Sim	Não
¿Alguna vez has tenido una alergia al látex?	Sim	Não

¿Rechazaría la transfusión de sangre o productos sanguíneos para salvarle la vida a usted o a su bebé?

Sim

Não

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Responder todas las preguntas anteriores con un "NO" no le garantizará un resultado perfecto para su embarazo. Puede estar en un grupo de mayor o menor riesgo según sus respuestas. Incluso en las mejores circunstancias, hay resultados menos que ideales que están fuera de control.

He leído todas las preguntas anteriores y las he respondido lo mejor que he podido. Todas las preguntas respondidas con "SÍ" han sido discutidas conmigo a mi entera satisfacción.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Médico

Deseo más pruebas o asesoramiento para _____

Firma del paciente

Fecha