NAME: _____DOB: _____ID: _____MD:_____

**** FORMA COMPLETA TOTALMENTE – NO DEJE CUALQUIER ESPACIOS EN BLANCO ****

# INFORMACIÓN DE ADMISIÓN INICIAL OB

**Paciente información padre de la bebé información**

Prueba de embarazo positiva por: _____
Ocupación: _____
Type of work: _____
Educación (último grado completado): _____
Número de niños en el hogar: _____
Hospital de delivery-Detar o de los ciudadanos: _____
Newborn's physician: _____

esposo o padre del bebé: _____
ocupación: _____
Phone: _____
historia de la salud del **padre del bebé** : ___
historia familiar del **padre del bebé** :_____
comentarios: _____
_____

**Historia menstrual**

Último período Menstrual (LMP) (fecha): _____
LMP – personaje: (círculo uno) Normal luz pesada
Menarquía (lo de la edad a partir de tener períodos): _____
Intervalo de menstruación (Cuántos días entre períodos): _____
Flujo menstrual (pueden días cómo tus periodos pasados): _____
Estabas en cualquier control de la natalidad en el momento de la concepción: _____
Fecha de la prueba de embarazo positiva (+): _____

**Peso antes del embarazo: _____**

**Tienes cualquier síntoma desde su último período menstrual:** (circule las que apliquen)

Náuseas vómitos irritabilidad cansancio hinchazón tiernos pechos
Frecuencia urinaria otros síntomas: (lista)

**Antecedentes de embarazo**

**Embarazadas** (Cuántas veces ha estado embarazada?):_____
**Término nacimientos (37-40 semanas): _____**
**Los nacimientos prematuros (menos de 37 semanas): _____**
**Hijos vivos: _____**
**Los nacimientos múltiples: _____**
**Partos vaginales: _____**
**C/Sections:_____**
**Abortos: _____**
**Aborto electivo: _____**
**Stillbirths:_____**
**Intento VBAC Vaginal nacimiento después de C/apartado anterior: _____**
**Ectopics:_____**

**Lista de embarazos previos, abortos espontáneos, abortos electivos, ectopics: (en orden de fecha):**

| Fecha de entrega | Semanas Gest. | Recién nacidos prematuros Mano de obra | Entrega Tipo | Horas de mano de obra | Anesth tipo | Entrega Ubicación | Sexo infantil | Peso de nacimiento. | Nombre | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

NAME: _____DOB: _____ID: _____MD:_____

## Paciente antecedentes médicos

**Alergias:** (Drug, Food or Environmental) _____

(círculo de sí o no)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Diabetes:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Hipertensión (Hipertensión arterial) :** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Enfermedad cardíaca:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Desorden autoinmune:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Renal enfermedad/infección urinaria:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Neurológica, epilepsia:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Psiquiátrica:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **, Enfermedad hepática hepatitis:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Várices, flebitis:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Enfermedad de la tiroides:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Trauma/violencia:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Transfusiones de sangre:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Sensibilizado D (Rh):** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Enfermedad pulmonar:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Enfermedad de mama:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Problemas de Ginecología:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Pap anormal:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Anomalía uterina (Anormalidad):** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **DES exposición:** | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Infertilidad:** | Sí | No | comentarios: _____ |

**Historia quirúrgica** (Lista en detalle)

**Cirugía uterina (no C/S):** _____

**Operations:**_____

**Hospitalizations:**_____

**Las complicaciones de la anestesia:** _____

**Historia social** (círculo sí o no) (círculo uno)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **El uso del tabaco:** | Sí | No | hay corriente cada fumador día |
| Comenzado el año: | | | actual algún fumador de día |
| Año dejado: | | | fumador ex |
| Los paquetes de cigarrillos/día: | paquete-años: | | no fumador |
| Exposición al humo pasivo: | Sí | No | |
| **El consumo de alcohol:** | Sí | No | |
| **Uso de cafeína:** | Sí | No | |
| **(Actual/anterior) el uso de drogas:** | Sí | No | |

**Tipo de drogas:** Marihuana PCP Rx ilícitas cocaína heroína otros: _____

**Ejercicio regular:** Sí No

Tipo de ejercicio: correr bicicleta nadando pocos aeróbicos

**¿Ha visto otro médico, ha visto en otro centro o ha recibido tratamiento de emergencia en un hospital o clínica ambulatoria desde que se ha quedado embarazada?** _____

**Si es así, ¿dónde te han visto?** _____**Date** _____

**Tratamiento o medicamentos recibidos** _____ _____**If sí (lista)** _____

**¿Se ha hecho un trabajo de laboratorio o una ecografía?** _____**If sí (lista)**_____

NAME: _____DOB: _____ID: _____MD:_____

## Historia familiar del paciente

**Circule las que apliquen: (Membre désigné de la famille – mère, père, frère, sœur, grand-parent-maternelle/paternelle)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hipertensión | _____ | Diabetes | _____ | enfermedad cardíaca | _____ |
| Cáncer de riñón | _____ | enfermedad Breast | _____ | cáncer uterino | _____ |
| Enfermedad respiratoria | _____ | Colon cáncer | _____ | otros cánceres: | _____ |
| El cáncer de ovario | _____ | depresión | _____ | enfermedad tiroidea | _____ |
| Peso trastornos | _____ | Endometriosis | _____ | migrañas | _____ |
| Convulsiones | _____ | Lung Cancer | _____ | coágulos de sangre | _____ |
| Osteoporosis | _____ | Stroke | _____ | atención psiquiátrica | _____ |

Otros antecedentes médicos: _____

## Historial de riesgo de infección

**(círculo de sí o no)**

**Comportamiento de alto riesgo de VIH/Hep B:** Sí No
**Hepatitis B vacunada:** Sí No
**Exposición TB:** Sí No
**Pacientes con historia de Herpes Genital:** Sí No
**Sexual asociado con historia de Herpes Genital:** Sí No
**Historia de ETS (GC, clamidia, sífilis, HPV)** Tipo Sí No específico: ___
**Erupción, Viral, o la enfermedad (fiebre) desde el último período Menstrual:** Sí No
**Exposición a gatos:** Sí No
**Estado inmune varicela:** HX de vacuna contra la enfermedad inmune
**Historia del Parvovirus (Quinta enfermedad):** Sí No
**Exposición ocupacional a los niños:** Profesor guardería otros:

## Exposiciones ambientales

Exposición de rayos desde LMP: Sí No
Producto químico u otra exposición: Sí No

**Desde el uso de alcohol, drogas o medicamentos último periodo menstrual:** Sí No

En caso afirmativo, Enumere toda receta medicamentos, OTC (sin receta), incluyendo medicamentos recetados por los médicos VWCA; drogas y alcohol. _____ _____

## Historia genética

**(círculo de sí o no)**

| | **Paciente** | | **padre del bebé** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Talasemia:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Defecto del tubo Neural:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Defecto congénito del corazón:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **El síndrome de Down:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Enfermedad de Tay-Sachs:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **, Rasgo de células falciformes:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Hemofilia:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Distrofia Muscular:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **La Fibrosis quística:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **La enfermedad de Huntington:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Retraso Mental:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Frágil X:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Otros genéticos o Enfermedad cromosómica:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Niño nacido con otro defecto de nacimiento:** | Sí | No | Sí | No | comentarios: _____ |
| **Más de tres abortos espontáneos:** | Sí | No | | | |
| **La edad del paciente más de 35 años:** | Sí | No | | | |

***INFORMACIÓN COMPLETADA POR:*** _____ ***FECHA:*** ___

(Firma del paciente)