

## INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: (solo en California) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE SU PAREJA (Si está embarazada, “pareja” se refiere al papá del bebé)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON EL PACIENTE:

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Podríamos dejarle mensajes detallados que incluyan **información médica confidencial y resultados de pruebas**?

No  Si

Si su respuesta es “Si” por favor provea un número de teléfono confidencial: \_\_\_\_\_

¿Podríamos dejarle un mensaje con alguna otra persona sobre los resultados de sus pruebas?  No  Si

Si su respuesta es “Si”, provea la información: Nombre: \_\_\_\_\_ # Confidencial: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL DOCTOR O CLINICA QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EXPOSICIONES Y EL EMBARAZO

¿Está usted embarazada? NO  SI

Fecha del parto: \_\_\_\_\_

Ha tomado algún medicamento durante este embarazo (aparte de vitaminas prenatales o Tylenol)?  NO  SI

Si marcó “Si” por favor indique cuales: \_\_\_\_\_

### **Desde que se embarazó, ha tenido o tomado:**

(o si no está embarazada indique a que ha estado expuesta)

Drogas ilícitas  NO  SI \_\_\_\_\_

Cigarros  NO  SI \_\_\_\_\_

Alcohol  NO  SI \_\_\_\_\_

Fiebre (Mas de 101°F)  NO  SI \_\_\_\_\_

Rayos X (no dentales)  NO  SI \_\_\_\_\_

### **¿Tiene usted las siguientes condiciones?**

¿Diabetes?  NO  SI \_\_\_\_\_

¿Epilepsia?  NO  SI \_\_\_\_\_

¿Lupus?  NO  Si \_\_\_\_\_

TODA LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_