



Nombre: _____
 Apellido _____ Primero _____ Segundo _____
 SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

¿ Esta embarazada ahora? Sí No Fecha de nacimiento _____

Su última regla Exactamente Desconocido El Doctor que se refiere _____

¿ Tiene algunas problemas con este embarazo? Sí No Si "Sí" por favor explica:

Historia Obstetrica

Por favor liste los embarazos pasados comienza con el primero:

Fecha	Semanas	Tiempo del parto	Peso de nacimiento	Género	Tipo de Nacimiento	Tipo de anestesia	Hospital/ Doctor
<i>Por ejemplo: 2/2/2000</i>	<i>37sem</i>	<i>6 horas</i>	<i>6lb 3oz</i>	<i>hombre</i>	<i>natural</i>	<i>Epidural</i>	<i>Las Vegas/ Smith</i>

Embarazos Total	Nacidos a Tiempo	Prematuros	Abortos Inducidos	Malpartos	Embarazos de Trompas	Gemelos o Mas	Hijos Vividos

Comentarios: _____

Reviewed by: _____



SPANISH Repaso de Sistemas/Historia Medica

Por favor liste medicinas que ha tomado el año pasado o que esta tomando:

Medicina que ha tomando	Dosis	fecha ha toma

Por favor liste alguna alergia conocida:

¿Ha usado cualquier drogas de la calle desde que llegando a ser embarazada? Sí No

¿Si "sí" que tipo? _____

¿Ha tomado bebidas alcohólicas? Sí No

¿Si "sí" que tipo? _____

¿Fuma Ud? Sí No

¿Tiene Ud o ha tenido Ud cualquier a de las condiciones siguientes?

Fiebre inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
La pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Las infecciones de oregas (de otra manera que niñez)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas del seno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Las hemorragias nasales repetidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Dolor de garganta por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
La pulmonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Contacto cerco con persona con TB (tisis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Comentarios: _____

Reviewed by: _____



SPANISH Repaso de Sistemas/Historia Medica

Prueba positiva del piel de TB	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Tos inexplicado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
La falta de aliento inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Otras problemas de pulmones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Sopla de corazon	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Prolapso mitral de la válvula	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Otras problemas de las válvulas de la corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Dolores de pecho inexplicados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Desmayando inexplicado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Otras problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Alta presión de sangre durante embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Alta presión de sangre, otra	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Raynauds' enfermedad o el fenómeno de Raynaud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Riego sanguíneo pobre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
el embarazo severo de la náusea y vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Náusea y vómitos severa antes de el embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas de los intestinales, colon irritable o Crohn's enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Restricciones dietéticas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Diarrea que volviendo a ocurrir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Acidez, reflujo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Hepatitis, la ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Infecciones de vesícula o riñones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas con la micción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas menstrual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Esterilidad, dificultad que queda embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Infecciones de las partes genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Herpes o un socio con herpes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Enfermedades venéreas y genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Enfermedad pélvica de inflamación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Clamidia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Sífilis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé



SPANISH Repaso de Sistemas/Historia Medica

Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
VIH. Sida, o su socio teinela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Examen de papaniculau abnormal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Diabetes (se le sube el azúcar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas de la glándula Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Otras problemas con hormonas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Epilepsia, el desorden del ataque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Somnolencia inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Migraña/ Dolores de cabeza del grupo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Dolores de cabeza que volviendo a ocurrir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
El desorden de ataque de pánico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas de psiquiátrico.mental/emocionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Problemas de piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Pérdida de cabello inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Artritis/los dolores de la coyuntura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Lupus	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Sangrando la tendencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Coágulos de sangre/thrombophlebitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Rhesus sensibilizó	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Fuma Ud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Alguna corigía pasado (si sí, por favor liste bajo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Cualquier alergias de drogas conocidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Año	Tipo de Cirugía	Tipo de Anestesia	Hospital/Ciudad	Cirujano
<i>Por Exemplo: 1999</i>	<i>Apendectomla</i>	<i>General</i>	<i>Good Sam/San Jose, CA</i>	<i>Lopez</i>

Reviewed by: _____