OBSTETR
MEDICAL GROUP, INC.

Nombre _____
Apellido Primero Segundo

SSN _____ Fecha de nac imiento _____ Edad _____

¿Está embarazada ahora? ☐ Sí ☐ No Fecha de nacin imiento_____

Su última regla ☐ Exactament nte El Doctor que se refiere _____
☐ Desconocido

¿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
Por ejemplo: *2/2/00*	*37 sem*	*6 horas*	*6lb 3oz*	*hombre*	*natural*	*Epidural*	*Las Vegas/Smith*

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

Comentarios _____
_____
_____
_____

Reviewed by _____