

Nombre del Paciente _____
 Numero de Seguro Social _____
 Fecha de Nacimiento _____

Cuestionario de Revisión de Sistemas

Esta tomando o ah tomado algún medicamento durante el ultimo año?

Medicamentos tomados	Fecha que tomo el Medicamento

Tiene alguna alergia conocida?

Fuma actualmente?

Si No

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Fiebre Inexplicada
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas de Visión
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Perdida de Oír
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Infecciones de Oído (además de infancia)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas de Sinus
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Sangrado Nasal Repetidamente
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Dolor de Garganta a largo plazo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Neumonía
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Asma
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Contacto Cercano con una Persona con Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Vacuna del Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Resultado Positivo en la Prueba de piel del Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Tos Inexplicada
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Falta de Respiro Inexplicable
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Otros Problemas Pulmonares
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Soplo del Corazón
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Prolapso de Válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Otros Problemas de la Válvula Cardíaca
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Ataque de Corazón

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Enfermedad del Corazón
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Dolores de Pecho Inexplicables
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Desmayos Inexplicables
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Latido Irregular del Corazón
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Otros Problemas del Corazón
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Presión Alta en el Embarazo
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Otra Presión Alta
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Enfermedad de Raynaud/Fenómeno de Raynaud
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Mala circulación de la Sangre
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Nauseas y vomito severo durante el embarazo
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Nauseas y vomito severo antes del embarazo
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas Intestinales (colon irritable/enfermedad de Crohn
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Restricción Nutricional
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Diarrea Recurrente Inexplicable
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problema de Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Acedías/Reflujo
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Hepatitis/Coloración amarillenta de la piel
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas del Hígado
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Infección de Riñones o de la Vejiga
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Piedras del Riñón
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas con Orinar
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas Menstruales
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Infertilidad, dificultad con embarazarse
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Infecciones Vaginales
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Herpes o pareja con Herpes
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Enfermedades Transmitidas Sexualmente
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Enfermedad inflamatoria pélvica
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Gonorrea
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Clamidia
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Sífilis
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Verrugas Genitales
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Infección del VIH, SIDA o pareja con el VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Papanicolao anormal
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Diabetes, nivel de azúcar alta
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Otros problemas hormonales
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Epilepsia, Convulsiones
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Somnolencia inexplicable
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Migrañas
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Otros Dolores de cabeza recurrentes

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Depresión
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Ataques de angustia
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas psiquiátricos/mentales/emocionales
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Perdida de cabello inexplicable
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Artritis/Dolores de conjuntos
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Lupus
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Transfusión de Sangre
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Tendencias de Desangramiento
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Coágulos de Sangre/Tromboflebitis
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Sensibilización del Factor Rh
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Alguna Cirugía Anteriormente (si es que si favor de mencionarlas abajo)
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro	Alguna Alergia Conocida

Cirugías Anteriores:

Comentarios:

Revisado por: _____
Nombre del Proveedor

Nombre del Paciente _____
 Numero de Seguro Social _____
 Fecha de Nacimiento _____

Cuestionario de Historial Obstétrico

Esta usted embarazada actualmente? Si No

Cual fue el primer día de su última regla menstrual? _____

Cual es su fecha para dar a luz? _____

Hay algún problema con su embarazo actual?

Embarazos Previos:

_____ Numero de embarazos que continuaron después de 4 meses y medio (20 semanas)

_____ Numero de abortos espontáneos

_____ Numero de embarazos tubaricos (embarazo ectopico)

_____ Numero de abortos

_____ Numero de hijos viviendo

Favor de llenar la información sobre cada embarazo en la tabla abajo comenzando con su primer embarazo:

Año	Semanas	Duración de parto	Peso al nacer libras/onza	Sexo	Tipo de parto	Anestesia	Lugar

Embarazos totales	Embarazo a termino	Prematuro	Aborto provocado	Aborto espontáneo	Ectopico	Nacimientos de múltiples	Hijos viviendo

Revisado por: _____

Nombre del Proveedor

Nombre del Paciente _____
Numero de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____

Cuestionario de Historial Familiar/Genético

Como describiría a su ancestría (marque todo que corresponda):

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucáseo | <input type="checkbox"/> Francés Canadiense | <input type="checkbox"/> Samoa | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Laos |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Taiwanes |
| <input type="checkbox"/> Judíos Ashkenazi | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Cajun | <input type="checkbox"/> Oriente Medio | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Indio, asiático-oriental | <input type="checkbox"/> Otra Raza |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Son usted y el padre de este bebe parientes de sangre (por ejemplo: primos)? Si No

Cual es su ocupación? _____

Cual es el nombre del padre de este bebe? _____

Cual es la ocupación del padre de este bebe? _____

Cual es la edad del padre de este bebe? _____

Como describiría la ancestría del padre de este bebe? (marque todo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucáseo | <input type="checkbox"/> Francés Canadiense | <input type="checkbox"/> Samoa | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Laos |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Taiwanes |
| <input type="checkbox"/> Judíos Ashkenazi | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Cajun | <input type="checkbox"/> Oriente Medio | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Indio, asiático-oriental | <input type="checkbox"/> Otra Raza |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Es su pareja el padre de este bebe? Si No

Comentarios:

Cuestionario de Historial Familiar/Genético

Usted, el padre de este bebe, o familiares cercanos tienen:

- 1. Talasemia (Griego, Mediterraneo, o origen asiático) Si No
- 2. Defecto del Tubo Neural (espina bifida mielomeningocele o anencefalia) Si No
- 3. Defecto Congénito del Corazón Si No
- 4. Síndrome de Down Si No
- 5. Tay-Sachs (Judíos, Cajón, Francés Canadiense) Si No
- 6. Enfermedad de Células Falciformes o rasgo (Africano) Si No
- 7. Hemofilia o Problemas de desangramiento Si No
- 8. Distrofia Muscular Si No
- 9. Fibrosis Quística Si No
- 10. Enfermedad de Canavan Si No
- 11. Retardación Mental/Autismo/Trastorno de Aprendizaje Si No
 Si es que si: Prueba de Síndrome del Frágil X Si No
- 12. Corea de Huntington Si No
- 13. Otra Enfermedad Genética Hereditaria o Cromosomita Si No
- 14. Enfermedad Maternal Metabólica (Diabetes dependiente de Insulina) Si No
- 15. La Paciente o el Padre del Bebe tuvo un hijo con defectos de nacimiento no mencionados arriba Si No
- 16. Perdida recurrente de embarazo o muerte fetal Si No
- 17. Ceguera o Sordera Si No
- 18. Enfermedad de Huesos o Esquelético (enanismo) Si No
- 19. Cáncer de Seno, Ovario o del Colon Si No
- 20. Enfermedad de Riñones Si No
- 21. Usted, Alguno de sus Padres, Hermanos o Hijos Tienen Diabetes Si No
- 22. Coágulos de Sangre/Ataque Cerebral Si No
- 23. Ha tomado algún medicamento además de vitaminas prenatales desde quedar embarazada Si No
 Si es que si, que tipo: _____
- 24. Ha usado drogas de la calle desde quedar embarazada Si No
 Si es que si, que tipo: _____
- 25. Ha consumido bebidas alcohólicas desde quedar embarazada Si No
 Si es que si, que tipo: _____
- 26. Cualquier otro Si No
- 27. Algo que parezca darse en la familia Si No

Comentarios:

Revisado Por: _____
Nombre del Proveedor