

Patient Name *Nombre* _____ **Date of Birth** *Fecha de Nacimiento* _____

Social Security Number: _____ **Today's Date:** _____
Numero de Seguro Social *Fecha de hoy*

Are you currently pregnant? Yes/Sí No **What is your height?** _____
Esta embarazada *Su estatura*

What was the first day of your last menstrual period? _____
Cuando fue el primer día de su última regla

What is your due date? _____ **What is your blood type?** _____
Cual es la fecha supuesta de parto *Tipo de sangre*

Have you had a sonogram/ultrasound during the current pregnancy? Yes/Sí No
Ha tenido un sonograma / ultrasonido durante este embarazo?

Do you wish to know the sex of the baby? Yes/Sí No
Desea saber el sexo del bebé

Is this an IVF Pregnancy? Yes/Sí No
Embarazo in vitro fertilization?

Are there any problems with your current pregnancy?:
Tiene problemas con este embarazo? Si la respuesta es sí, descríbelos abajo

- Total Pregnancies:** *Embarazos total*
- _____ **Number of total pregnancies** / *Número de embarazos*
 - _____ **Number of pregnancies carried to full term** / *Número de de embarazos continuado a termino completo*
 - _____ **Number of pregnancies delivered prematurely** / *Número de embarazos prematuros*
 - _____ **Number of miscarriages** / *Aborto esponaneos (aborto natural)*
 - _____ **Number of tubal pregnancies (ectopic pregnancies)** / *Número de embarazos de trompa (embarazos ectópicos)*
 - _____ **Number of abortions** / *Número de abortos*
 - _____ **Number of multiple births** / *Número de embarazos multiples (gemelos, trillizos)*
 - _____ **Number of living children** / *Número de hijos vivos*

Fill information in table below for each pregnancy (living, deceased, ectopic, and abortions) start with your first one
Llena la información en el cuadro abajo para cada embarazo, empezando con el primero:

Year <i>Año</i>	Weeks (full term= 40wks) <i>Semanas</i>	Labor Length <i>Duracion de parto</i>	Birth Weight <i>Peso de nacimiento</i> <i>lb/oz</i>	Sex <i>Sexo</i>	Type of Delivery <i>Vaginal / C-section</i> <i>Tipo de parto</i> <i>(vaginal o cesárea)</i>	Living? <i>Yes or No</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>

How would you describe your ancestry (check all that apply):

¿Como describirías tu ascendencia (marca todos los aplicables)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> White
<i>Blanco</i> | <input type="checkbox"/> French Canadian
<i>Candiense francés</i> | <input type="checkbox"/> Samoan
<i>Samoano</i> | <input type="checkbox"/> Vietnamese
<i>Vietnamés</i> |
| <input type="checkbox"/> African (black)
<i>Africano (negro)</i> | <input type="checkbox"/> Native American
<i>Americano nativo</i> | <input type="checkbox"/> Chinese
<i>Chino</i> | <input type="checkbox"/> Laos |
| <input type="checkbox"/> Hispanic
<i>Hispano</i> | <input type="checkbox"/> Greek
<i>Griego</i> | <input type="checkbox"/> Cambodian
<i>Camboyano</i> | <input type="checkbox"/> Taiwanese
<i>Taiwanés</i> |
| <input type="checkbox"/> Ashkenazi Jewish
<i>Judio Askenazi</i> | <input type="checkbox"/> Italian
<i>Italiano</i> | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Korean
<i>Coreano</i> |
| <input type="checkbox"/> Cajún | <input type="checkbox"/> Middle Eastern
<i>Medio oriental</i> | <input type="checkbox"/> Japanese
<i>Japonés</i> | <input type="checkbox"/> Other Southeast Asian
<i>Otro asiático del sureste</i> |
| <input type="checkbox"/> Guamanian
<i>Guamaniano</i> | <input type="checkbox"/> Hawaiian
<i>Hawaiano</i> | <input type="checkbox"/> Asian-East Indian
<i>Asiático - Indias Orientales</i> | <input type="checkbox"/> Unknown Race
<i>Raza desconocida</i> |
| <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | |

Are you and the father of this baby blood relatives (ex: cousins)?

Yes/Sí No

Son parientes de sangre tú y el padre de este bebé? (por ejemplo, primos)?

What is your occupation? *Cuál es su ocupación* _____

What is the name of the father of this baby? _____

Cuál es el nombre del padre de este bebé

What is the occupation of the father of this baby? _____

Cuál es la ocupación del padre de este bebé

What is the age of the father of this baby? *Cuál es la edad del padre de este bebé* _____

How would you describe the ancestry of the father of this baby? (Check all that apply)

¿Como describiría la ascendencia del padre de este bebé? (marca todos los aplicables)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> White
<i>Blanco</i> | <input type="checkbox"/> French Canadian
<i>Candiense francés</i> | <input type="checkbox"/> Samoan
<i>Samoano</i> | <input type="checkbox"/> Vietnamese
<i>Vietnamés</i> |
| <input type="checkbox"/> African (black)
<i>Africano (negro)</i> | <input type="checkbox"/> Native American
<i>Americano nativo</i> | <input type="checkbox"/> Chinese
<i>Chino</i> | <input type="checkbox"/> Laos |
| <input type="checkbox"/> Hispanic
<i>Hispano</i> | <input type="checkbox"/> Greek
<i>Griego</i> | <input type="checkbox"/> Cambodian
<i>Camboyano</i> | <input type="checkbox"/> Taiwanese
<i>Taiwanés</i> |
| <input type="checkbox"/> Ashkenazi Jewish
<i>Judio Askenazi</i> | <input type="checkbox"/> Italian
<i>Italiano</i> | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Korean
<i>Coreano</i> |
| <input type="checkbox"/> Cajún | <input type="checkbox"/> Middle Eastern
<i>Medio oriental</i> | <input type="checkbox"/> Japanese
<i>Japonés</i> | <input type="checkbox"/> Other Southeast Asian
<i>Otro asiático del sureste</i> |
| <input type="checkbox"/> Guamanian
<i>Guamaniano</i> | <input type="checkbox"/> Hawaiian
<i>Hawaiano</i> | <input type="checkbox"/> Asian-East Indian
<i>Asiático - Indias Orientales</i> | <input type="checkbox"/> Unknown Race
<i>Raza desconocida</i> |
| <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | |

Is the father of this baby your partner?

Yes/Sí No

¿Es el padre de este bebé su pareja?

Comments /Comentarios: _____

Have you had exposure to: *Ha tenido exposición a:*

Cat litter *Arena higiénica de gato* Yes/Sí No **X-Rays** *rayos X* Yes/Sí No **Chemicals** *químicos* Yes/Sí No

Fever *Fiebre* Yes/Sí No **Infections** *Infeción* Yes/Sí No **Rashes** *erupción* Yes/Sí No

Do you smoke? *Usted Fuma* Yes/Sí No **If yes, how much?** *Si la respuesta es sí, cuanto* _____

Do you or have you taken any medications in the last year? *¿Tomas actualmente o has tomado medicamentos durante el último año?*

Medications taken / Medicamentos tomados	Date Taken / Fecha que se tomaron

Do you, the father of this baby, or any close relatives have any of the following? If yes, please specify which relative:

¿Tienes tú, el padre de este bebé o cualquier familiar inmediato cualquiera de las siguientes afecciones?

1. **Thalassemia (Greek, Mediterranean, or Asian Background) MCV<80** Yes/Sí No
Talasemia (ascendencia griega, mediterránea o asiática) MCV<80
2. **Neural Tube Defect (Meningomyelocele Spina Bifida, or Anencephaly)** Yes/Sí No
Defecto tubárico neural (meningomielocele espina bifida o anencefalia)
3. **Congenital Heart Defect** / *Defecto cardíaco congénito* Yes/Sí No
4. **Down Syndrome** / *Síndrome de Down* Yes/Sí No
5. **Tay-Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian)** / *(p.ej., Judío, Cajún, Canadiense francés)* Yes/Sí No
6. **Sickle Cell Disease or Trait (African)** / *Enfermedad o característica drepanocítica (African)* Yes/Sí No
7. **Hemophilia or Bleeding Problems** / *Hemofilia o problemas hemorrágicos* Yes/Sí No
8. **Muscular Dystrophy** / *Distrofia muscular* Yes/Sí No
9. **Cystic Fibrosis** / *Fibrosis quística* Yes/Sí No
10. **Canavan Disease** / *Enfermedad de Canavan* Yes/Sí No
11. **Mental Retardation/ Autism/ Learning Disorder** / *Atraso mental / autismo / trastorno de aprendizaje*
If Yes: Tested for Fragile X *Si la respuesta es sí, prueba de X fragil* Yes/Sí No
12. **Huntington Chorea** / *Corea de Huntington* Yes/Sí No
13. **Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder** / *Otro trastorno genético o cromosomal heredado* Yes/Sí No
14. **Maternal Metabolic Disorder** / *Trastorno metabólico materno (p. ej., diabetes dependiente de Insulina, PKU)* Yes/Sí No
15. **Patient or Baby's Father Had a child with Birth Defects Not Listed Above** Yes/Sí No
Paciente o padre de este bebé a tenido un hijo con defectos no en esta lista
16. **Recurrent Pregnancy Loss, or Stillbirth** / *Pérdidas de embarazo o nacimientos muertos recurrentes* Yes/Sí No
17. **Blindness or Deafness** / *Ceguera o sordera* Yes/Sí No
18. **Bone or Skeletal Disorder (Dwarfism)** / *Trastorno óseo o esquelético (enanismo)* Yes/Sí No
19. **Breast, Ovarian or Colon Cancer** / *Cáncer de mamas, ovárico o de colon* Yes/Sí No
20. **Kidney Disorder** / *Trastorno renal* Yes/Sí No
21. **Do either you or any of your parents, siblings, or children have diabetes** Yes/Sí No
Tienes diabetes tú, tu padre/madre, hermanos/hermanas o hijos?
22. **Blood Clots / Stroke** *Coágulos sanguíneos / apoplejía* Yes/Sí No
23. **Have you taken any medications other than PN vitamins since becoming pregnant** Yes/Sí No
Has tomado algún medicamento aparte de las vitaminas prenatales desde que quedaste embarazada?
If Yes what type/que tipo: _____
24. **Have you used any street drugs since becoming pregnant** Yes/Sí No
Has usado drogas desde que quedaste embarazada
If Yes what type/que tipo: _____

25. **Have you consumed any alcoholic beverages since becoming pregnant** **Yes/Sí** **No**
Has ingerido bebidas alcohólicas desde que quedaste embarazada?

If Yes what type/ que tipo: _____

26. **Any Other / Cualesquier otras afecciones herencia de familia?** **Yes/Sí** **No**

Comments/Comentarios: _____

Are you allergic to any drugs/medications? If so, please specify *Tienes alergias a drogas / medicamento? Si la respuesta es si, anótalos aquí:*

Do you have any other known allergies *Tienes algun otro tipo de alergias? Si la respuesta es si, anótalos aquí:*

Do you have or have you had any of the following conditions *Tienes o has tenido cualquiera de las siguientes afecciones*

Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Fever <i>Fiebre inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Vision Problems <i>Problemas de la visión</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Hearing Loss <i>Pérdida de la audición</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Ear Infections (Other Than Childhood) <i>Infecciones del oído (excepto durante la niñez)</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Sinus Problems <i>Problemas de los senos paranasales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Repeated Nosebleeds <i>Hemorragias nasales repetidas</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Long Term Sore Throat <i>Dolor de garganta a largo plazo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Pneumonia <i>Neumonía</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Asthma <i>Asma</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Close contact with person(s) with Tuberculosis <i>Contacto estrecho con persona(s) con tuberculosis</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Tuberculosis Vaccine (BCG) <i>Vacuna contra la tuberculosis (BCG)</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Positive Tuberculosis Skin Test <i>Prueba dérmica positiva de tuberculosis</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Cough <i>Tos inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Shortness of Breath <i>Falta de aliento inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Other Lung Problems <i>Otros problemas pulmonares</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Heart Murmur <i>Murmullo cardíaco</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de la válvula mitral</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Other Heart Valve Problems <i>Otros problemas de las válvulas cardíacas</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Heart Attack <i>Infarto cardíaco</i>

Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Heart Disease <i>Enfermedad cardíaca</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Chest Pains <i>Dolores de pecho inexplicados</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Fainting <i>Desmayos inexplicados</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Irregular Heart Beat <i>Latido cardíaco irregular</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Other Heart Problems <i>Otros problemas cardíacos</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	High Blood Pressure in Pregnancy <i>Alta presión durante el embarazo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	High Blood Pressure, Other <i>Alta presión, otra</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Raynaud's Disease, Raynaud's Phenomenon <i>Enfermedad de Raynaud, Fenómeno de Raynaud</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Poor Blood Circulation <i>Circulación sanguínea deficiente</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Severe Nausea and Vomiting in Pregnancy <i>Náuseas y vómitos severos durante el embarazo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Severe Nausea and Vomiting Before Pregnancy <i>Náuseas y vómitos severos antes del embarazo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Intestinal Problems (Irritable Colon, Crohn's Disease, etc.) <i>Problemas intestinales (colon irritable, Enfermedad de Crohn, etc.)</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Dietary Restrictions <i>Restricciones dietéticas</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Recurring Diarrhea <i>Diarrea recurrente inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Constipation <i>Estreñimiento</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Heartburn, Reflux <i>Acidez / Reflujo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Hepatitis, Yellow Jaundice <i>Hepatitis / Ictericia</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Liver Problems <i>Problemas hepáticos</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Bladder or Kidney Infections <i>Infecciones de la vejiga o renales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Kidney Stones <i>Cálculos renales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Problems with Urine <i>Problemas con la orina</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Menstrual Problems <i>Problemas menstruales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Infertility, Difficulty Getting Pregnant <i>infertilidad, inhabilidad de concebir o procrear</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Vaginal Infections <i>Infecciones vaginales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Herpes or a Partner with Herpes <i>Herpes o pareja con herpes</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Sexually Transmitted Disease <i>Enfermedad sexualmente transmitida</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Pelvic Inflammatory Disease <i>Enfermedad inflamatoria pélvica</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Gonorrhea <i>Gonorrea</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Syphilis <i>Sifilis</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Chlamydia <i>Clamidia</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Genital Warts <i>Verrugas genitales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	HIV Infection, AIDS or a partner with HIV/AIDS <i>Infección de VIH/SIDA, o pareja con VIH/SIDA</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Abnormal Pap Smears <i>Resultados anormales de Papanicolau</i>

Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Diabetes (High Blood Sugar) <i>Diabetes (azúcar en sangre alto)</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Thyroid Problems <i>Problemas tiroideos</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Other Hormone Problems <i>Otros problemas hormonales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Epilepsy, Seizure Disorder <i>Epilepsia / trastorno convulsivo</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Drowsiness <i>Somnolencia inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Migraine / Cluster Headaches <i>Jaqueca/cefalea histaminica</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Other Recurring Headaches <i>Otros dolores de cabeza recurrentes</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Depression <i>Depresión</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Panic Attack Disorder <i>Ataques de pánico / Trastorno de pánico</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Psychiatric / Mental / Emotional Problems <i>Problemas psiquiátricos/mentales/emocionales</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Skin Problems <i>Problemas de la piel</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Unexplained Hair Loss <i>Pérdida de cabello inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Arthritis / Joint Pains <i>Artritis/dolor de las articulaciones</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Lupus
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Blood Transfusions <i>Tranfusiones de sangre</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Bleeding Tendency <i>Tendencia hemorrágica</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Blood Clots, Thrombophlebitis <i>Coágulos sanguíneos/tromboflebitis</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Rh Sensitized <i>Sensibilización del factor Rh</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Any Past Surgeries (if yes please list below) <i>Intervenciones quirúrgicas previas (escribir abajo)</i>
Yes/Sí	No	Unsure <i>No Segura</i>	Any known allergies <i>¿Tiene alergias conocidas</i>

Past Surgeries / Intervenciones quirúrgicas previas (escribir abajo):

Reviewed by: _____

Repasado por **Provider Name / Nombre de Proveedor**