

Patient Name *Nombre:* _____

Date *Fecha de hoy:* _____

Are you currently pregnant? Yes/ *Sí* No

¿Esta embarazada?

What was the first day of your last menstrual period? _____

¿Cuándo fue el primer día de su última regla?

What is your due date? _____

¿Cuál es la fecha supuesta de parto?

What is your blood type? _____

¿Tipo de sangre?

Are there any problems with your current pregnancy? If yes, please describe them below.

¿Tiene problemas con este embarazo? Si la respuesta es sí, descríbelos abajo.

Prior Pregnancies: *Embarazos anteriores*

Total Pregnancies <i>Número de embarazos</i>	Full Term <i>Número de embarazos a término</i>	Premature <i>Número de embarazos prematuros</i>	Abortion Induced <i>Número de abortos</i>	Abortion Spontaneous <i>Aborto espontáneos (aborto natural)</i>	Ectopics <i>Número de embarazos de trompa</i>	Multiple Births <i>Número de embarazos múltiples (gemelos, trillizos)</i>	Living Children <i>Número de hijos vivos</i>

Fill information in table below for each pregnancy starting with your first one:

Llena la información en el cuadro abajo para cada embarazo, empezando con el primero:

Year <i>Año</i>	Weeks <i>Semanas</i>	Labor Length <i>Duración de parto</i>	Birth Weight <i>Peso de nacimiento lb / oz</i>	Sex <i>Sexo</i>	Type of Delivery <i>Vaginal / C-section Tipo de parto (vaginal o cesárea)</i>	Anesthesia <i>Anestesia</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>

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

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

<ul style="list-style-type: none"> • Thalassemia (Greek, Mediterranean, or Asian background) MCV <80 <i>Talasemia (ascendencia griega, mediterránea o asiática) MCV<80</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Neural Tube Defect (Meningomyelocele Spina Bifida, or Anencephaly) <i>Defecto tubárico neural (meningomielocele espina bifida o anencefalia)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Congenital Heart Defect / Defecto cardíaco congénito 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Down Syndrome / Síndrome de Down 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Tay-Sachs (EG, Jewish, Cajun, French Canadian) <i>(p.ej., Judío, Cajún, Canadiense francés)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Sickle Cell Disease or Trait (African) <i>Enfermedad o característica drepanocítica (African)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Hemophilia or Bleeding Problems / Hemofilia o problemas hemorrágicos 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Muscular Dystrophy / Distrofia muscular 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Cystic Fibrosis or Canavan Disease / Fibrosis quística o Enfermedad de Canavan 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Mental Retardation / Autism / Learning Disorder <i>Atraso mental / autismo / trastorno de aprendizaje</i> If yes: tested for fragile X / Si la respuesta es sí, prueba de X fragil 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Huntington Chorea / Corea de Huntington 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder <i>Otro trastorno genético o cromosomal heredado</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Maternal Metabolic Disorder (e.g., Insulin-Dependent Diabetes, PKU) <i>Trastorno metabólico materno (p. ej., diabetes dependiente de Insulina, PKU)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Patient or Baby's Father Had a Child With Birth Defects Not Listed Above <i>Paciente o padre de este bebé a tenido un hijo con defectos no en esta lista</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Recurrent Pregnancy Loss or Stillbirth <i>Pérdidas de embarazo o nacimientos muertos recurrentes</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Blindness or Deafness / Ceguera o sordera 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Bone or Skeletal Disorder (Dwarfism) / Trastorno óseo o esquelético (enanismo) 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Breast, Ovarian or Colon Cancer / Cáncer de mamas, ovárico o de colon 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Kidney Disorder / Trastorno renal 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Do either you or any of your parents, siblings, or children have diabetes? <i>Tienes diabetes tú, tu padre/madre, hermanos/hermanas o hijos?</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Blood Clots / Stroke / Coágulos sanguíneos / apoplejía 	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí _____	<input type="checkbox"/> No

Comments *Comentarios*

Do you or have you taken any medication in the last year?

Tomas actualmente o has tomado medicamentos durante el ultimo ano

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

Do you have any known allergies? ¿Tienes algun tipo de alergias a medicamentos?

Tobacco Use: *Uso del tabaco*

- Current** **Former** **Never**
Corriente *Uso Anterior* *Nunca*

Alcohol Use:

- Current** **Former** **Never**
Corriente *Uso Anterior* *Nunca*

Street Drug Use: *Uso ilegal de drogas*

- Current** **Former** **Name of Drug:** _____ **Never**
Corriente *Uso Anterior* *Nombre de la droga* *Nunca*

Do you have or have you had any of the following conditions:

Tienes o has tenido cualquiera de las siguientes afecciones

Unexplained Fever <i>Fiebre inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Vision Problems <i>Problemas de la visión</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Hearing Loss <i>Pérdida de la audición</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Ear Infections (Other Than Childhood) <i>Infecciones del oído (excepto durante la niñez)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Sinus Problems <i>Problemas de los senos paranasales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Repeated Nosebleeds <i>Hemorragias nasales repetidas</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Long-term Sore Throat <i>Dolor de garganta a largo plazo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Pneumonia <i>Neumonía</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Asthma <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Close Contact With Person(s) With Tuberculosis <i>Contacto estrecho con persona(s) con tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Tuberculosis Vaccine (BCG) <i>Vacuna contra la tuberculosis (BCG)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Positive Tuberculosis Skin Test <i>Prueba dérmica positiva de tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura

Unexplained Cough <i>Tos inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Shortness of Breath <i>Falta de aliento inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Lung Problems <i>Otros problemas pulmonares</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heart Murmur <i>Murmullo cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de la válvula mitral</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Heart Valve Problems <i>Otros problemas de las válvulas cardíacas</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heart Attack <i>Infarto cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heart Disease <i>Enfermedad cardíaca</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Chest Pains <i>Dolores de pecho inexplicados</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Fainting <i>Desmayos inexplicados</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Irregular Heart Beat <i>Latido cardíaco irregular</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Heart Problems <i>Otros problemas cardíacos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
High Blood Pressure in Pregnancy <i>Alta presión durante el embarazo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
High Blood Pressure, Other <i>Alta presión, otra</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Raynaud's Disease, Raynaud's Phenomenon <i>Enfermedad de Raynaud, Fenómeno de Raynaud</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Poor Blood Circulation <i>Circulación sanguínea deficiente</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Severe Nausea and Vomiting in Pregnancy <i>Náuseas y vómitos severos durante el embarazo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Severe Nausea and Vomiting Before Pregnancy <i>Náuseas y vómitos severos antes del embarazo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Intestinal Problems (Irritable Colon, Crohn's Disease, etc.) <i>Problemas intestinales (colon irritable, Enfermedad de Crohn, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Dietary Restrictions <i>Restricciones dietéticas</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Recurring Diarrhea <i>Diarrea recurrente inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Constipation <i>Estreñimiento</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heartburn / Reflux <i>Acidez / Reflujo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Hepatitis / Yellow Jaundice <i>Hepatitis / Ictericia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Liver Problems <i>Problemas hepáticos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Bladder or Kidney Infections <i>Infecciones de la vejiga o renales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Kidney Stones <i>Cálculos renales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Problems With Urine <i>Problemas con la orina</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Menstrual Problems <i>Problemas menstruales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Infertility / Difficulty Getting Pregnant <i>Infertilidad, inhabilidad de concebir o procrear</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Vaginal Infections <i>Infecciones vaginales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Herpes or a Partner With Herpes <i>Herpes o pareja con herpes</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Sexually Transmitted Disease <i>Enfermedad sexualmente transmitida</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Pelvic Inflammatory Disease <i>Enfermedad inflamatoria pélvica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Gonorrhea <i>Gonorrea</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Chlamydia	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura

Syphilis <i>Sífilis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Genital Warts <i>Verrugas genitales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
HIV Infection, AIDS or a Partner with HIV / AIDS <i>Infección de VIH/SIDA, o pareja con VIH/SIDA</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Abnormal Pap Smears <i>Resultados anormales de Papanicolau</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Diabetes (High Blood Sugar) <i>Diabetes (azúcar en sangre alto)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Thyroid Problems <i>Problemas tiroideos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Hormone Problems <i>Otros problemas hormonales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Epilepsy / Seizure Disorder <i>Epilepsia / trastorno convulsivo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Drowsiness <i>Somnolencia inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Migraine / Cluster Headaches <i>Jaqueca/cefalea histamínica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Recurring Headaches <i>Otros dolores de cabeza recurrentes</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Depression <i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Panic Attacks / Panic Disorder <i>Ataques de pánico / Trastorno de pánico</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Psychiatric / Mental / Emotional Problems <i>Problemas psiquiátricos/mentales/emocionales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Skin Problems <i>Problemas de la piel</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Unexplained Hair Loss <i>Pérdida de cabello inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Arthritis / Joint Pain <i>Arthritis / dolor de las articulaciones</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Lupus	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Blood Transfusions <i>Tranfusiones de sangre</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Bleeding Tendency <i>Tendencia hemorrágica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Blood Clots / Thrombophlebitis <i>Coágulos sanguíneos/tromboflebitis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Rh Sensitized <i>Sensibilización del factor Rh</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura

Comments *Comentarios*

Any Past Surgeries (if yes, please list below) *Intervenciones quirúrgicas previas (escribir abajo)*

Yes/ Sí **No** **Unsure No Segura**

Year <i>Ano</i>	Type of Surgery <i>Tipo de Operacion</i>	Hospital / City <i>Tipo de Anestesia</i>	Comments <i>Comentarios</i>

Comments

Reviewed by: _____
Repasado por Provider Name / Nombre de Proveedor

Date: _____
Fecha de hoy