



With Services in Austin, Houston and throughout Central Texas
512.454.1110 1-877.PD-HEART Fax: 512.374.1EKG (1354)

Henry Burkholder, MD
Arnold L Fenrich, MD
Gregory L Johnson, MD
Steven M Lorch, MD
Hanoch A Patt, MD
Stuart A Rowe, MD

Kenneth M Shaffer, MD
Daniel Shmorhun, MD
Eileen Stewart, MD
Karen L Wright, MD
Christine Dillingham, CPNP
Kristy Neff, FNP-C
Katherine Straight, CPNP

www.cca-austin.com



CUESTIONARIO DE LA HISTORIA DEL PACIENTE FETAL

Motivo de su visita: _____

Médico que refiere: _____

Número de teléfono preferido: _____

Dirección de correo electrónico preferida: _____

HISTORIA PERSONAL

Estado civil:

- Soltera Casada Relación a largo plazo Divorciada Viuda

Nombre: _____

Ocupación: _____

Nombre de la pareja: _____

Edad de la pareja: _____ Ocupación de la pareja: _____

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR

- Enfermedad autoinmune Presión arterial alta Enfermedad de la tiroides
 Diabetes Enfermedad cardíaca Obesidad
 Epilepsia Enfermedad renal Otra _____
 Síndrome genético Enfermedad del hígado

HISTORIAL DE EMBARAZO ANTERIOR

No hay embarazos anteriores

AÑO	TIPO DE PARTO	COMPLICACIONES	HIJO VIVE

HISTORIAL DE EMBARAZO ACTUAL

Fecha de concepción estimada: _____

Fecha estimada de parto: _____

Gestación actual: _____ semanas _____ días

Resultados de ultrasonido anterior: _____

Complicaciones durante este embarazo: _____

Pruebas durante este embarazo y resultados (si aplica):

Evaluación del primer trimestre (análisis de sangre y ultrasonido) _____

Biopsia de vellosidades coriónicas _____

Amniocentesis _____

Prueba de ADN de células fetales libres _____

MEDICAMENTOS (INCLUYA LOS QUE ESTABA TOMANDO DURANTE EL INICIO DEL EMBARAZO)

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA EN QUE LO INICIÓ/TERMINÓ

HISTORIAL FAMILIAR (EN USTED, EL PADRE O LOS HERMANOS/HERMANAS DEL BEBÉ)

Arritmias

Enfermedad cardíaca congénita

Enfermedad autoinmune

Síndrome genético

Cardiomiopatía

Otra _____

HISTORIAL SOCIAL

	NUNCA	ACTUALMENTE	ANTERIORMENTE
TABACO			
ALCOHOL			
DROGAS			