

# CUESTIONARIO SOBRE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: (solo en California): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Es su pareja el padre biológico del bebé que espera?  NO  SÍ

Si la respuesta es no, ¿utilizó un donante de esperma?  NO  SÍ

## INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON EL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN

Teléfono de móvil: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Podríamos dejarle un mensaje de voz detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**?  SÍ  NO

Si su respuesta es sí, marque la opción que corresponda:  Teléfono de móvil  Casa  Trabajo

Si no logramos ponernos en contacto con usted, ¿hay otra persona a la que podamos dejarle un mensaje de voz detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**?  NO  SÍ Si su respuesta es "SÍ", brinde la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Usted como paciente tiene el derecho de revocar este permiso para dejar un correo de voz confidencial
- El paciente asume responsabilidad por la información dejada en el correo de voz confidencial

## INFORMACIÓN DEL DOCTOR O CLINICA QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EXPOSICIONES Y EL EMBARAZO

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?  NO  SÍ  NO  SÍ

Diabetes  NO  SÍ  
Epilepsia  NO  SÍ  
Lupus  NO  SÍ  
Enfermedad de Graves, tiroiditis crónica  NO  SÍ  
(enfermedad de Hashimoto) o cáncer  
de tiroides

¿Está usted embarazada?  NO  SÍ

Fecha del parto: \_\_\_\_\_

¿Fue usted adoptada o lo fue el padre biológico del bebé que espera?  NO  SÍ Si responde "SÍ", especifique: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento de forma regular?  NO  SÍ  
Si la respuesta es sí, especifique. Si está embarazada, haga una lista de todos los  
medicamentos que ha tomado desde la concepción (excepto vitaminas prenatales y Tylenol):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DESDE QUE SE EMBARAZÓ, HA TENIDO O TOMADO:

ALCOHOL  NO  SÍ \_\_\_\_\_  
CIGARRILLOS  NO  SÍ \_\_\_\_\_  
DROGAS ILÍCITAS  NO  SÍ \_\_\_\_\_  
FIEBRE (MÁS DE 101 °F)  NO  SÍ \_\_\_\_\_  
Rayos X (no dentales)  NO  SÍ \_\_\_\_\_

**TODA LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER**

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_