

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** **Is this an IVF Pregnancy?** **Yes/Sí** **No**
¿Desea saber el sexo del bebé? *¿Embarazo de Fecundación in Vitro?*

Is there a history of domestic violence? **Yes/Sí** **No**
¿Hay una historia de violencia doméstica?

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

Prior Pregnancies: *Embarazos anteriores*

- _____ **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 or deceased) 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 Yes/Si No <i>Viviente</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)

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

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)?

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

Is the father of this baby your partner? Yes/Sí No

¿Es el padre de este bebé su pareja?

Is the father of this baby involved in the pregnancy? Yes/Sí No

¿Está el padre de este bebé involucrado en el embarazo?

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** *Infección* **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* **Yes/Sí** **No**
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. **Recurent 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 No Segura	Gonorrhea <i>Gonorrea</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Syphilis <i>Sifilis</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Chlamydia
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Genital Warts <i>Verrugas genitales</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	HIV Infection, AIDS or a partner with HIV/AIDS <i>Infección de VIH/SIDA, o pareja con VIH/SIDA</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Abnormal Pap Smears <i>Resultados anormales de Papanicolaou</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Diabetes (High Blood Sugar) <i>Diabetes (azúcar en sangre alto)</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Thyroid Problems <i>Problemas tiroideos</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Other Hormone Problems <i>Otros problemas hormonales</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Epilepsy, Seizure Disorder <i>Epilepsia / trastorno convulsivo</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Unexplained Drowsiness <i>Somnolencia inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Migraine / Cluster Headaches <i>Jaqueca/cefalea histaminica</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Other Recurring Headaches <i>Otros dolores de cabeza recurrentes</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Depression <i>Depresión</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Panic Attack Disorder <i>Ataques de pánico / Trastorno de pánico</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Psychiatric / Mental / Emotional Problems <i>Problemas psiquiátricos/mentales/emocionales</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Skin Problems <i>Problemas de la piel</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Unexplained Hair Loss <i>Pérdida de cabello inexplicada</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Arthritis / Joint Pains <i>Artritis/dolor de las articulaciones</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Lupus
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Blood Transfusions <i>Tranfusiones de sangre</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Bleeding Tendency <i>Tendencia hemorrágica</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Blood Clots, Thrombophlebitis <i>Coágulos sanguíneos/tromboflebitis</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Rh Sensitized <i>Sensibilización del factor Rh</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Any Past Surgeries (if yes please list below) <i>Intervenciones quirúrgicas previas (escribir abajo)</i>
Yes/Sí	No	Unsure No Segura	Any known allergies <i>¿Tiene alergias conocidas</i>

Past Surgeries / Intervenciones quirúrgicas previas (escribir abajo):

Reviewed by: _____

Repasado por

Provider Name / Nombre de Proveedor