

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(Patient name)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
(DOB)



HISTORIAL DEL PACIENTE

(Patient History)

Fecha Actual (Today's date): _____

Nombre del doctor/partera/práctica que lo refirió a nosotros (Referring Provider): _____

Por qué te refirieron con nosotros (Why were you referred to us?):

¿Estás embarazada actualmente? (Are you currently pregnant?)

S (Yes) (Si la respuesta es "sí", proceda) (If "yes", please proceed)

No (No) (Si la respuesta es "no", pase al Historial Obstétrico a continuación) (If "no", please skip to Obsteric History below)

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

(Assisted Reproduction)

Si este embarazo es el resultado de un tratamiento de fertilidad, marque todo lo que corresponda (If this pregnancy is the result of fertility treatment, please check all that apply):

Clomid (Clomid) IVF (fertilización in vitro) IUI (inseminación intrauterina) ICSI (inyección intracitoplasmática de esperma)

Nombre del Especialista en Infertilidad (Name of Infertility Specialist): _____

¿Se utilizó una donante de óvulos? (Was an egg donor used?) No (No) Sí (Yes):

Si es así, ¿cuál era la edad del donante? (If "yes", what was the age of the donor?) _____

¿Se utilizó un donante de esperma? (Was a sperm donor used?) No (No) Sí (Yes)

Si usó IVF, el embrión estaba (If you used IVF, was the embryo): Fresco (Fresh) Congelado (Frozen)

¿Cuántos embriones se implantaron? (How many embryos were implanted?) _____

¿Cuál fue la fecha de implantación? (What was the implantation date?) _____

¿Se realizó un cribado genético en los embriones? (Was genetic screening performed on the embryos?) No (No) Sí (Yes)

Si es así, ¿cuáles fueron los resultados? (If yes, what were the results?) _____

¿Es este un embarazo subrogado? (Is this a surrogate pregnancy?) No (No) Sí (Yes)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (Patient name) (DOB)

HISTORIAL OBSTÉTRICO
(Obstetric History)

Proporcione información para cada uno de sus embarazos anteriores, **ya sean vivos o fallecidos, abortos espontáneos o abortados**. Comience con su primer embarazo. *(Please provide information for each of your previous pregnancies, whether living or deceased, miscarried or aborted. Please start with your first pregnancy).*

#	Fecha del Parto Indique mes/año (mo/yr of del)	Semanas al parto (weeks at del)	Masculino o Femenino (male or female)	Peso de Nacimiento (Birth weight)	Vaginal, Cesárea, Fórceps, ventosa, aborto espontáneo o abortado (Vag, C/S, fórceps, vacuum, miscar. or aborted)	Si fue una Cesárea, ¿por qué? (If C/S, why?)	Hospital Si no es local, indique la ciudad, estado (Hospital. If not local, please indicate city, state)	Complicaciones del embarazo o parto (Pregnancy or delivery complications)	Problema con la salud del niño al nacer o desde el nacimiento (Problem with child's health at or since birth)	Sólo personal FOB (Staff only: FOB)
<i>Ejemplar (Example):</i>	3/20	38	M	8 lb. 5 oz.	Cesárea	No dilató	HealthPark	Diabetes Gestacional	NICU para problemas respiratorios	
1			M/F							
2			M/F							
3			M/F							
4			M/F							
5			M/F							
6			M/F							
7			M/F							
8			M/F							
9			M/F							
10			M/F							

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 (Patient name)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (DOB)

COMPLICACIONES DEL HISTORIAL OBSTÉTRICO
 (Obstetric History Complications)

Si aún no se mencionó en la página anterior, ¿tuvo alguna de las complicaciones a continuación en alguno de sus embarazos? En caso afirmativo, indique a qué embarazo/embarazos se refiere y explique (If not already noted on the previous page, did you have any of the complications below for any of your pregnancies? If yes, please note which pregnancy/pregnancies you are referring to and explain):

Alta presión sanguínea (High Blood pressure)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	
Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Coágulo(s) de sangre (Blood Clots)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Mortinato (Stillbirth)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Macrosomía/bebé grande (Macrosomia)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Crecimiento Restringido/bebé pequeño (Growth Restriction)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Cérvix corto/cerclaje (Short Cervix/Cerclage)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Líquido amniótico bajo (oligohidramnios) (Oligohydramnios)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Líquido amniótico alto (polihidramnios) (Polyhydramnios)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Trabajo de parto o parto prematuro (Preterm labor or delivery)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Hospitalización durante el embarazo (Hospitalization during pregnancy)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Otro (Other)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Otro (Other)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	

ALERGIAS (Allergies)

¿Tiene algún medicamento u otras alergias? (Do you have any medication or other allergies?) No (No) Sí (Yes)

MEDICAMENTOS/OTROS (Medication/Other)	REACCIÓN ALÉRGICA (Allergic Reaction) (Ej., erupción cutánea, dificultad para respirar, hinchazón) (Ex: rash, difficulty breathing, swelling)

MEDICAMENTOS (Medications)

Enumere todas las recetas, vitaminas, suplementos, hierbas y cualquier medicamento de venta libre que esté tomando, o si está embarazada, que haya tomado desde que quedó embarazada (List all prescriptions, vitamins, supplements, herbs, and any over the counter medications you are taking, or if pregnant, that you have taken since becoming pregnant).

MEDICAMENTOS (Medication)	DOSIS/FRECUENCIA (Dose/Frequency)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (Patient name) (DOB)

HISTORIAL GINECOLÓGICO

(Gynecologic History)

Dilatación y Curetaje (Dilatation and curettage) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
LEEP No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
Biopsia en Cono (Cone Biopsy) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
 Clamidia (Chlamydia) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
 Gonorrea (Gonorrhea) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
 Sífilis (Syphilis) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____
 Herpes (Herpes) No (No) Sí (Yes) **Fecha(s)** (Dates(s)): _____

HISTORIAL MÉDICO

(Medical History)

AFECCIÓN (Condition)	NO (No)	SÍ (Yes)	AÑO EN QUE FUE DIAGNOSTICADA (Year Diagnosed)	COMENTARIOS (Comments)
Anemia (Anemia)				
Artritis (Arthritis)				
Asma (Asthma)				
Problemas de Espalda (Back Problems)				
Coágulos de sangre (DVT, Embolia Pulmonar) (Blood clots, DVT, Pulmonary Embolus)				
Transfusión de sangre (Blood transfusion)				
Cáncer (Cancer)				
Diabetes (Diabetes)				
Problemas/soplos cardíacos (Heart problems/murmurs)				
Hepatitis o enfermedad del hígado (Hepatitis or liver disease)				
Alta presión sanguínea (High blood pressure)				
Enfermedad renal, UTI recurrente (Kidney disease/recurrent UTI)				
Lupus u otro trastorno autoinmune, (especifique) (Lupus or other autoimmune disorder), (please specify)				
Migrañas, convulsiones u otras afecciones neurológicas (Migraines, seizures or other neurologic conditions)				
Masa de ovario, quiste, tumores (Ovarian mass, cyst, tumors)				
PCOS (síndrome de ovario poliquístico) (PCOS)				
Problemas de tiroides/masa/extirpación (especifique "hipo" o "hiper") (Thyroid problems/mass/removal), (Specify "hypo" or "hyper")				
Problemas uterinos (fibroma/forma anormal/otros-especifique) (Uterine problems: fibroid/abnormal shape/other)				
Otro (Other)				
Otro (Other)				

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (Patient name) (DOB)

HISTORIAL QUIRÚRGICO
(Surgical History)

Proporcione información sobre las cirugías que haya tenido *(Please provide information for any surgeries you have had):*

CIRUGÍA <i>(Surgery)</i>	AÑO <i>(Year)</i>	COMENTARIOS <i>(Comments)</i>

HISTORIAL PSIQUIÁTRICO/SALUD MENTAL
(Psychiatric/Mental Health History)

¿Tiene antecedentes pasados o actuales de alguna de las afecciones que se enumeran a continuación? *(Do you have a past or current history of any of the conditions listed below)?* No *(No)* Sí *(Yes)* De ser así, proporcione detalles *(If "yes", please give details):*

AFECCIÓN <i>(Condition)</i>	AÑO EN QUE FUE DIAGNOSTICADA <i>(Date diagnosed)</i>	COMMENTS <i>(Comments)</i>
Ansiedad <i>(Anxiety)</i>		
Bipolar <i>(Bipolar)</i>		
Depresión <i>(Depression)</i>		
Depresión Post-parto <i>(Postpartum Depression)</i>		
Otro <i>(Other)</i>		
Otro <i>(Other)</i>		

HISTORIAL SOCIAL
(Social History)

Estado civil *(Marital Status):* Casada *(Married)* Junto con el padre del bebé *(Living with FOB)* Soltera *(Single)*

Ocupación *(Occupation):* _____

Horas a la semana *(Hours per week):* _____ Turno *(Shift):* (marque con un círculo) *(Please circle)* día *(day)*/tarde *(evening)*/noche *(night)*

Religión *(Religion):* _____

Consumo de tabaco *(Tobacco use):* No *(No)* Sí *(Yes)* Cuánto *(How much)*/con qué frecuencia *(How often)* _____

Anteriormente *(Former)* ¿Cuándo lo dejó? *(When did you quit)?* _____

Consumo de alcohol *(Alcohol use):* No *(No)* Sí *(Yes)* Cuánto *(How much)*/con qué frecuencia *(How often)* _____

Anteriormente *(Former)* ¿Cuándo lo dejó? *(When did you quit)* _____

Drogas Ilícitas, ya sea ahora o en el pasado *(Street drugs, either now or in the past):* No *(No)* Sí *(Yes):* Haga una lista/nombre de la(s) droga(s) *(List/name drugs):* _____

¿Está tomando actualmente Metadona, Suboxone o Subutex *(Are you currently taking Methadone, Suboxone or Subutex)?* No *(No)* Sí *(Yes)* De ser así, fue *(If "yes" is this)* prescrito *(prescribed)* ilícito *(Off the Street)*

Si lo hacía anteriormente, ¿cuándo lo dejó? *(If former when did you quit)* _____

¿Se encuentra actualmente o ha estado en una situación de violencia doméstica? *(Are you currently or have you been in a domestic violence situation?)* No *(No)* Sí *(Yes)* De ser así, explique *(If yes please explain):* _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (Patient name) (DOB)

HISTORIAL DEL PADRE DEL BEBÉ
(Father of Baby History)

Proporcione la siguiente información sobre el padre del bebé para este embarazo
(Please provide the following information regarding the father of this baby for this pregnancy):

Nombre (Name): _____ **Edad (Age):** _____
Ocupación (Occupation): _____

Cualquier problema de salud, ya sea de nacimiento o crónico *(Any health problems, either from birth or chronic):* _____

Si el padre del bebé tiene hijos de una relación anterior, favor anote si alguno nació con algún problema de salud o ha tenido algún problema de salud grave desde el nacimiento *(If FOB has children from a previous relationship, please note if any were born with any health problems or have had any serious health problems since birth):* _____

ASCENDENCIA
(Ancestry)

POR FAVOR INDIQUE INFORMACIÓN DE ASCENDENCIA <i>(Nota: si este embarazo involucra un óvulo o esperma de un donante y usted conoce esta información, ingréselo o déjelo en blanco)</i> <i>[Please indicate ancestry information (Note: If this pregnancy involves either a donor egg or donor sperm and you know this information, please enter it, or otherwise leave it blank)]</i>	
<input type="checkbox"/> USTED <i>(Yourself)</i>	<input type="checkbox"/> PADRE DEL BEBÉ <i>(Father of Baby)</i>
<input type="checkbox"/> ÓVULO DE DONANTE <i>(Donor egg)</i>	<input type="checkbox"/> ESPERMA DE DONANTE <i>(Donor sperm)</i>
<input type="checkbox"/> Blanca <i>(White)</i>	<input type="checkbox"/> Blanco <i>(White)</i>
<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <i>(Black/African American)</i>	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <i>(Black/African American)</i>
<input type="checkbox"/> Hispana <i>(Hispanic)</i>	<input type="checkbox"/> Hispano <i>(Hispanic)</i>
<input type="checkbox"/> Italiana/Griega/Mediterránea <i>(Italian/Greek/Mediterranean)</i>	<input type="checkbox"/> Italiano/Griego/Mediterráneo <i>(Italian/Greek/Mediterranean)</i>
<input type="checkbox"/> Judía <i>(Jewish)</i>	<input type="checkbox"/> Judío <i>(Jewish)</i>
<input type="checkbox"/> Francés Canadiense <i>(French Canadian)</i>	<input type="checkbox"/> Francés Canadiense <i>(French Canadian)</i>
<input type="checkbox"/> Cajún <i>(Cajun)</i>	<input type="checkbox"/> Cajún <i>(Cajun)</i>
<input type="checkbox"/> Asiática <i>(Asian)</i>	<input type="checkbox"/> Asiático <i>(Asian)</i>
<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska/India Americana (Norte/Central/Sur) <i>American (North/South/Central) Indian/Alaskan Native</i>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano (Norte/Central/Sur) <i>American (North/South/Central) Indian/Alaskan Native</i>
<input type="checkbox"/> Nativa de las Islas del Pacífico/Hawai <i>(Native Hawaiian/Pacific Islander)</i>	<input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico/Hawai <i>(Native Hawaiian/Pacific Islander)</i>
<input type="checkbox"/> Mixta <i>(Mixed)</i>	<input type="checkbox"/> Mixto <i>(Mixed)</i>
<input type="checkbox"/> Desconocido <i>(Unknown)</i>	<input type="checkbox"/> Desconocido <i>(Unknown)</i>

¿Están usted y el padre del bebé emparentados por sangre (por ejemplo, primos)?
[Are you and the father of the baby related by blood (ex:cousins)]

No *(No)* **Sí** *(yes):* _____

HISTORIAL GENÉTICO/FAMILIAR

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 (Patient name) (DOB)

(Genetic/Family History)

Favor anote si usted, el padre del bebé, los hijos (incluso si proceden de una relación anterior), la madre, el padre, los hermanos, las hermanas, las sobrinas, los sobrinos o los primos hermanos tienen cualquiera de las siguientes características. Esto solo se aplica a la (s) persona (s) relacionada con usted por sangre. Si el embarazo implicó el uso de un óvulo o esperma de un donante, indique esta información si la conoce.

[Please note if you, the father of the baby, children (even if from a previous relationship), mother, father, brothers, sisters, nieces, nephews, or first cousins have any of the following. This only applies to person(s) related to you by blood. If pregnancy involved use of a donor egg or donor sperm, please indicate this information if known].

Afección (Condition)	Individuo(s) Afectado(s) (Affected Individual(s))	Afección (Condition)	Individuo(s) Afectado(s) (Affected Individual(s))
Defecto de la Pared Abdominal (Abdominal Wall Defect)		Enfermedad de Huntington (Huntington's Disease)	
X Frágil/Autismo (Fragile X/Autism)		Hidrocefalia (Hydrocephalus)	
Defectos de Nacimiento (Birth Defects)		Discapacidad Intelectual (Intellectual Disability)	
Ceguera (Blindness)		Muerte Infantil/Durante la Infancia (Infant/Childhood Death)	
Trastorno de coagulación sanguínea/Accidente cerebrovascular (Blood clotting disorders/stroke)		Problemas Renales (Kidney Problems)	
Cáncer (Cancer)		Distrofia Muscular (Muscular Dystrophy)	
Labio leporino/Paladar (Cleft Lip/Palate)		Rasgo/Enfermedad de Células Falciformes (Sickle Cell Disease/Trait)	
Defecto Cardíaco Congenito (Congenital Heart Defect)		Atrofia Muscular Espinal (SMA) (Spinal Muscular Atrophy - SMA)	
Fibrosis Quística (Cystic Fibrosis)		Espina Bífida/Anencefalia (Spina Bifida/Anencephaly)	
Sordera (Deafness)		Tay Sachs (Tay Sachs)	
Diabetes (Diabetes)		Talasemia (Thalassemia)	
Síndrome de Down (Down Syndrome)		Problemas de Tiroides (Thyroid Problems)	
Enanismo/Trastorno Esquelético (Dwarfism/Skeletal Disorder)		Otro (Other)	
Problemas del Corazón (Heart Problems)		Otro (Other)	
Hemofilia/Problemas de Sangrado (Hemophilia/ Bleeding Problems)		Otro (Other)	

Firma de la Paciente o del Representante (Patient or Representative's Signature): _____

Fecha (Today's Date): ____/____/____

NOTAS DEL PROVEEDOR

(Provider Notes)
